Michel Bernard ARCHITECTURE INC

Centre de santé et de services sociaux
Baie-des-Chaleurs

F I N A L

PDCI - Volet 1
Santé physique

16 avril 2012

966

Michel Bernard, architecte • 70, boulevard Perron Ouest • Caplan (Québec) G0C 1H0
Téléphone 418.388.2159 • Courriel bewe@globetrotter.net • www.mbarchitecte.com

Michel Bernard,
Architecte
70, boul. Perron O.
Caplan (Québec)
G0C 1H0
Tél. : (418) 388-2159
Fax : (418) 388-2563
Courriel: bewe@
globetrotter.net

Michel Bernard Architecture inc.

Le 16 avril 2012

Monsieur Jean-Philippe Legault
Directeur général
CSSS de la Baie-des-Chaleurs
419, boulevard Perron
Maria (Québec) G0C 1Y0

Tél. : (418) 759-3443
Fax : (418) 759-5063

Votre projet : PDCI
Notre projet : 966

Monsieur Legault,

Voici une version corrigée PDCI – Volet 1 du CSSS de la Baie-des-Chaleurs.

Sans l'appui soutenu de l'établissement, la documentation qui nous a été fournie et la précieuse information recueillie à la suite des consultations, jamais ce document n'aurait pu voir le jour. Nous tenons à remercier le comité de travail composé de :

- M. François Dumas, Directeur des services professionnels;
- M. Francis Picarou, Directeur des services infirmiers;
- Mme Andrée-Claude Perry, Conseillère à la direction; et
- Vous, M. Jean-Philippe Legault, Directeur général.

Il faut souligner la contribution de M. Martin Pelletier coordinateur, responsable du projet et directeur des services techniques du CSSSBC.

Le premier volet du PDCI traite spécifiquement du programme de santé physique.

Les auteurs,
Andrée-Claude Perry et Michel Bernard

Table des matières

Section 1 - Avant-propos :

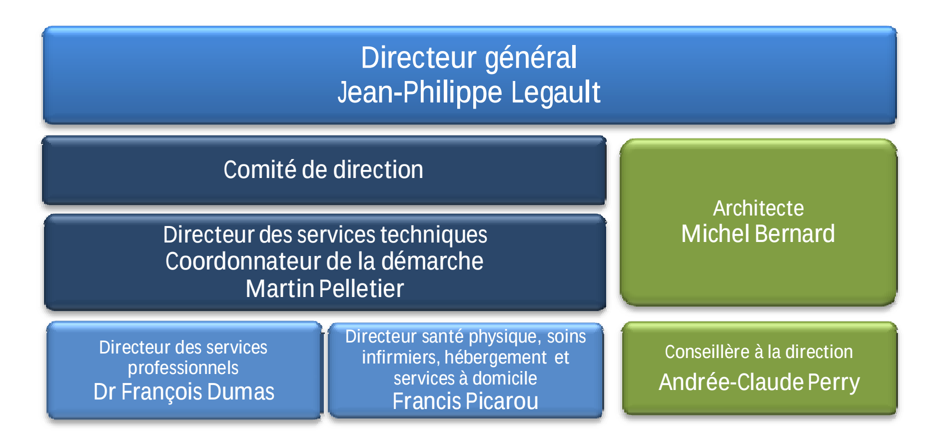
Section 2 - Le CSSS de la Baie-des-Chaleurs

Section 4 - Problèmes vs activités

Section 1 - Avant-propos

1.1. Préambule

Le plan directeur immobilier du Centre de Santé et de Services sociaux de la Baie-des-Chaleurs (CSSSBC) est en élaboration depuis plus d'un an. Il s'inscrit en continuité et en cohérence avec les orientations de la planification stratégique qui ont fait l'objet d'une large consultation et qui ont été adoptées par l'établissement en septembre 2011. Ainsi, le PDI donne les orientations et les priorités en matière de consolidation et de développement immobilier en vue de supporter la mission et la vision de l'établissement pour l'actualisation de son projet clinique. C'est une étape incontournable à la préparation des développements prévus et un outil d'aide aux changements qui seront à réaliser dans les prochaines années. Le comité de travail mis en place pour encadrer la démarche est ainsi constitué :



L'exercice entourant le plan directeur immobilier s'appuie sur une solide analyse des activités cliniques et sur les orientations stratégiques de l'établissement; c'est en ce sens qu'il sera nommé subséquemment Plan directeur clinique immobilier (PDCI). En effet, les choix cliniques et la recherche d'efficience dans l'organisation des services doivent guider l'identification des solutions immobilières en tenant compte des contraintes imposées par les installations existantes. Des compromis sont à faire, tant au niveau de l'emplacement idéal de chacun des services ou de la séquence des travaux à réaliser pour tenir compte des infrastructures actuelles et de la poursuite des activités tout au long des travaux d'aménagement et de construction. De même, certaines opportunités de conjoncture physique doivent être saisies, mais, en tout temps, il s'agit de maintenir l'attention sur la dimension clinique des besoins en immobilisations.

Afin de tenir compte de différents éléments de contexte, le PDCI est abordé en deux volets. Le premier volet traite spécifiquement du programme de santé physique.

Elles s'adressent notamment aux services suivants :

- l'urgence de Maria;
- la centrale de stérilisation;
- le service d'oncologie incluant le volet pharmaco-oncologie.

Conséquemment, le PDCI – Volet I aborde les solutions immobilières prioritaires à l'Hôpital de Maria. La séquence des travaux qui entraînera la libération d'espaces permettra également, dans ce premier volet, d'aborder les besoins de certains services, dont l'unité de chirurgie d'un jour et d'autres services ambulatoires.

Par ailleurs, le PDCI Volet – II sera réalisé dès janvier 2012 afin de compléter la démarche dans sa globalité et donc en considération des besoins des autres unités de l'Hôpital de Maria ainsi que des autres installations du CSSSBC.

Enfin, le PDCI propose des défis de réalisation et d'investissements dans un ordre de priorité suivant une séquence logique qui tient compte de la réalité et de la capacité financière du MSSS à supporter les demandes de l'établissement.

1.2. Introduction

Concevoir un hôpital est une tâche plutôt complexe. Concevoir celui-ci en intégrant tous les volets d'un Centre de santé et de services sociaux (CSSS) augmente le défi. Pour se faire une idée, il n'y a qu'à penser au CHUM de Montréal. Bien que le CSSS de la Baie-des-Chaleurs soit considérablement plus petit, son plan directeur clinique immobilier doit composer avec les mêmes difficultés. Il n'y a ni mode d'emploi, ni recette éprouvée.

En matière d'architecture, la réalisation du PDCI qui a été confiée correspond à un mandat relativement restreint. Il s'agit en fait d'une formule condensée.

Pour accompagner l'ensemble de l'organisation dans la recherche de solutions immobilières, plusieurs objectifs ont été fixés qui permettent la mise en place de la méthodologie de travail. Dans cet esprit, le PDCI doit répondre aux questions fondamentales de l'organisation : qui sont les clients, quels sont les services, comment sont les installations, quels sont les problèmes cliniques et physiques de ces installations et, enfin, comment améliorer celles-ci au regard des réponses données aux questions précédentes.

Cette façon d'aborder le PDCI permet d'éviter le piège fréquent qui consiste à se limiter à l'élaboration d'une liste d'épicerie regroupant sans discernement les demandes de tous les départements. En effet, le réseau de la santé et des services sociaux dispose de moyens limités et présenter un projet dont les coûts seraient trop élevés ne ferait que reporter la réalisation des travaux.

Le présent document est divisé en sections permettant l'appropriation du PDCI du CSSSBC dans un ordre logique qui facilitera sa compréhension. Ainsi, on y retrouvera une section sur l'établissement lui-même, la population desservie, les ressources en place et les services offerts, une section sur l'état des bâtiments existants et une dernière section traitant des problèmes immobiliers, des suggestions proposées et des plans projetés.

1.3. Les principes directeurs

Des principes directeurs ont été élaborés pour guider les travaux entourant le PDCI, pour favoriser une analyse des besoins immobiliers qui soit des plus objectives et pour faciliter la prise de décision.

En voici la liste :

- Placer l'usager au centre des préoccupations.
- Créer un environnement favorisant la prévention, la guérison et le soutien.
- Harmoniser les choix de façon à ce qu'ils correspondent aux politiques du Ministère et qu'ils suivent les recommandations de l'Agence. Dans cet ordre d'idée, les particularités locales sont subordonnées aux orientations régionales et aux directives du ministère.
- Rechercher l'efficience et l'efficacité des opérations et du fonctionnement (performance).
- Privilégier l'optimisation des infrastructures existantes.
- Appliquer les standards reconnus par les équipes cliniques et médicales.
- Assurer la prévention et le contrôle des infections.
- Soutenir le développement des compétences et la coopération dans l'esprit de l'organisation apprenante.
- Promouvoir le développement durable.
- Prendre les décisions en fonction des contraintes physiques (bâtiments existants) et administratives (séquence de travaux).

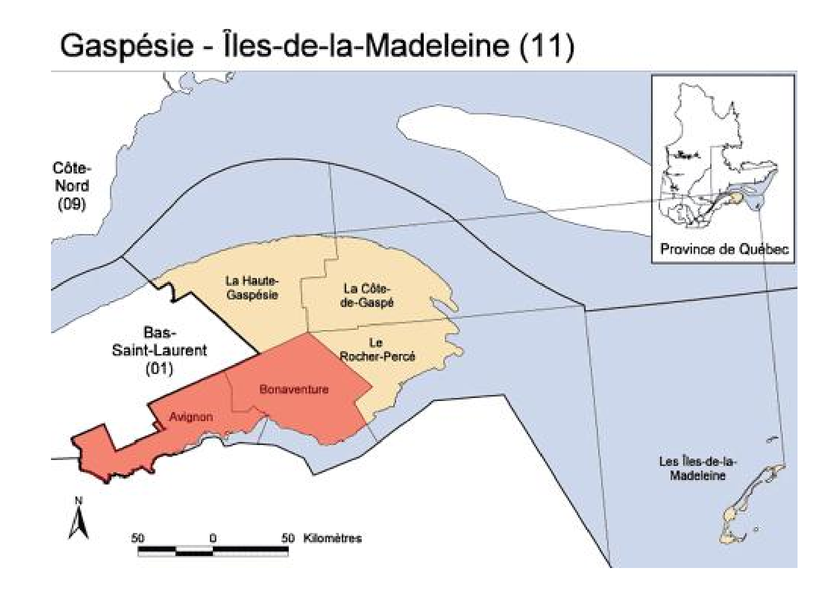
2.1. L'historique

C'est au début des années cinquante que le docteur Benoît Martin a fondé l'Hôpital de Maria. Son histoire nous est racontée dans une série de tableaux que l'on retrouve près de l'entrée de l'Hôpital. Avec les années, l'offre de services de santé sur le territoire s'est enrichie avec la construction des autres bâtiments.

Le 30 avril 2004 naissait officiellement le CSSSBC. Issu de la fusion du CLSC Malauze, du Centre de santé le Rivage (CLSC de Paspébiac et Centre d'hébergement de New-Carlisle) et du Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs (Hôpital de Maria et Résidence St-Joseph), le CSSSBC a franchi de nombreuses étapes menant à une structuration efficiente de son organisation. Rappelons que ce réseau local de santé et de services sociaux a pour principale responsabilité de coordonner et d'implanter les activités afin que la clientèle soit desservie avec continuité.

Le CSSS de la Baie-des-Chaleurs doit promouvoir la santé et le bien-être de la population de son territoire; accueillir, évaluer et diriger les personnes et leurs proches vers les services requis; prendre en charge, accompagner et soutenir les personnes vulnérables. En tant qu'établissement, il doit offrir une gamme de services généraux de santé et de services sociaux ainsi que certains services spécialisés. Par ailleurs, afin de répondre à l'ensemble des besoins de sa population, le CSSSBC doit conclure des ententes de services avec d'autres partenaires de son territoire (cliniques médicales, groupes de médecine de famille, centre jeunesse, centre de réadaptation, organismes communautaires, etc.) et à l'extérieur de celui-ci (CH de Campbellton, autres établissements pour les services sur-spécialisés, etc.).

Le territoire local desservi par le CSSSBC :



2.2. La mission, la vision, les valeurs

2.2.1. La mission

Au sens de la Loi, la mission du CSSS de la Baie-des-Chaleurs regroupe la mission de Centre local de services communautaires (CLSC), la mission Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et la mission Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, auxquelles s'ajoute un mandat complémentaire d'enseignement et de formation.

L'énoncé de mission spécifique au CSSS de la Baie-des-Chaleurs se lit comme suit :

" PROTÉGER et AMÉLIORER la santé et le bien-être de la population du territoire qu'il dessert, de la naissance à la fin de la vie, en offrant, en coopération avec ses partenaires, une gamme de services de santé et de services sociaux accessibles, continus, de qualité, sécuritaires et respectueux des droits des personnes. "

2.2.2. La vision

Le CSSSBC se veut une organisation apprenante et performante, centrée sur la personne, ses capacités et son environnement, pour mieux prévenir, guérir et soutenir.

2.2.3. Les valeurs

Les valeurs fondamentales qui inspirent les orientations de l'organisation reflètent la volonté de servir la population avec humanité et respect. Ces valeurs sont au cœur des actions quotidiennes au CSSS de la Baie-des-Chaleurs :

<u>Le respect</u>, envers les usagers, le personnel et les partenaires;

<u>La responsabilité</u>, pour les bons choix en concordance avec la mission, les ambitions et les orientations de l'organisation;

<u>L'équité</u>, pour une juste appréciation de ce qui est dû à chacun;

<u>La prévoyance</u>, pour faire preuve de sensibilité, d'ouverture et d'attention aux personnes, aux choses et aux situations afin de mieux voir venir;

<u>La reconnaissance</u>, du travail, de l'engagement, de l'expertise et du dévouement;

<u>L'approche humaine et personnalisée</u>, des soins et des services offerts à la population.

2.3. La planification stratégique 2011-2015

Le CSSS de la Baie-des-Chaleurs a amorcé la révision de sa planification stratégique en début d'année 2011 et le conseil d'administration a procédé à son adoption en septembre de la même année. Il s'agit du résultat d'un travail colossal réalisé depuis janvier 2011 par le biais d'une vaste démarche de consultation pour améliorer et consolider les services de santé et les services sociaux offerts dans la Baie-des-Chaleurs. La réponse fut impressionnante et l'écoute attentive. Elle aura permis de prendre en compte des opinions de l'ensemble des personnes concernées de près ou de loin par le réseau local de services (médecins, cadres, professionnels, employés, partenaires du réseau local, usagers, etc.). À preuve, l'exercice a permis l'expression d'une centaine d'avis écrits recueillis auprès des 450 membres du personnel sondés, d'une dizaine de groupes de discussions et pour couronner le tout, de la tenue d'un forum d'échange (Lac-à-l'épaule) qui a eu lieu le 12 avril et où étaient présents une centaine d'intervenants clés et partenaires du CSSSBC. L'occasion a été bonne pour analyser la situation de l'établissement et prendre en considération les perceptions des personnes qui se sont senties interpellées pour identifier les opportunités et les menaces qui se présentent au CSSSBC, les forces et les faiblesses organisationnelles ainsi que les objectifs prioritaires devant être identifiés.

Les objectifs ciblés en fin de processus tiennent compte, bien sûr, des impératifs nationaux et régionaux auxquels ont été ajoutés des éléments spécifiques à la Baie-des-Chaleurs afin d'assurer une saine gestion des 6 enjeux identifiés par le MSSS :

1. L'action en amont des problèmes et la réduction des inégalités de santé et de bien-être;
2. La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services;
3. Un délai raisonnable pour l'accès aux services;
4. La qualité des services et l'innovation;
5. L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines; et
6. Une gestion performante et imputable.

De plus, un 7e enjeu a été ajouté et témoigne de l'importance accordée à la poursuite du développement du Réseau local de services de la Baie-des-Chaleurs. L'enjeu 7 se lit comme suit :

“ Réseautage et coopération : Connecter nos forces pour mieux travailler ensemble ”

Les orientations et les objectifs spécifiques se rapportant à cet enjeu visent à créer des conditions favorables au réseautage et à la coopération à l'interne ainsi qu'à l'externe du Réseau local de services.

L'exercice de planification stratégique du CSSSBC a été réalisé en respect de la Loi sur la santé et les services sociaux en vertu de laquelle un tel exercice pluriannuel doit tenir compte des priorités établies dans le projet clinique de l'établissement.

Conséquemment, le PDCI se veut un document stratégique qui s'inscrit en continuité et en cohérence avec la planification stratégique et le projet clinique de l'organisation. Plusieurs orientations stratégiques sont déjà adressées à l'intérieur des installations existantes. Certaines autres ont un impact plus grand sur les changements ou ajouts à considérer quant aux installations physiques et elles devront être prises en considération dans le cadre du PDCI ou des plans fonctionnels et techniques (PFT), dépendamment de l'ampleur des impacts générés. Ces orientations stratégiques sont présentées ci-après :

Orientations stratégiques		Considérations immobilières (liste non exhaustive)
2.1.5	Développer des pratiques collaboratives pour optimiser l'utilisation de la main-d'oeuvre	Aménagement de lieux d'apprentissage adaptés
2.1.6	Développer une unité de médecine ambulatoire (accueil clinique) accessible aux médecins de famille	Aménagement de l'unité de médecine ambulatoire qui intégrera les activités de la médecine de jour et le programme d'accueil clinique
2.2.2	Implanter un modèle de gestion intégré des maladies chroniques	Tenir compte des besoins de décentralisation des services du modèle intégré des maladies chroniques
2.2.4	Intégrer les services communautaires et hospitaliers dans le continuum de services famille-enfance-jeunesse	Aménagements physiques qui permettent le rapprochement
2.2.5	Analyser la faisabilité et proposer un modèle de services en pratique de sage-femme adapté à la réalité locale	Le cas échéant, prévoir les aménagements nécessaires en pratique sage-femme
2.2.1	Rendre accessibles localement des services de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) en collaboration avec le Centre de réadaptation de la Gaspésie-les-Îles	URFI distincte à créer
2.3.2	Implanter en milieu hospitalier l'approche et les pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées	Adaptation des unités de services et de soins
2.3.4	Implanter une unité d'évaluation gériatrique ambulatoire	Unité d'évaluation gériatrique ambulatoire distincte à créer

3.1.3	Améliorer l'accès aux services de médecine nucléaire par l'accueil d'un service satellite en collaboration avec le CSSS du Rocher-Percé (mandataire régional)	Prévoir les installations minimales nécessaires pour le service satellite de médecine nucléaire
3.1.5	Assurer l'utilisation optimale des plateaux techniques et des temps opératoires	Prévoir les locaux et la proximité entre ceux-ci de façon à optimiser leur utilisation
3.1.9	Rendre disponibles des services de pédopsychiatrie localement et en soutien à la première ligne	Pédopsychiatrie à planifier dans l'utilisation partagée des bureaux de consultations externes en santé mentale et au niveau des services intrahospitaliers
4.1.1	Élaborer une politique d'assurance qualité	Considérer les éléments de la politique d'assurance qualité dans la planification des espaces physiques
4.1.2	Instaurer un cadre sécuritaire tant pour la clientèle que pour le personnel dans la prestation des soins et services	Y compris le cadre immobilier favorisant la sécurité (exemple parmi d'autres : le département de santé mentale)
4.1.3	Maintenir les taux d'infections nosocomiales, faisant l'objet d'une surveillance provinciale, inférieurs ou égaux aux seuils établis	Entre autres, par l'aménagement de chambres privées, le réaménagement de la stérilisation, l'aménagement de la buanderie, etc.
4.1.4	Respecter le cadre de référence en matière d'hygiène et de salubrité	Facilités immobilières à prévoir, notamment à la buanderie
4.1.5	Mettre en place un plan de mesure d'urgence (PMU) pour chaque installation	Facilités immobilières à prévoir
4.2.3	Offrir un support professionnel au développement des compétences, notamment par l'utilisation du savoir expérientiel et des technologies de l'information	Locaux de rencontres et espace pour l'utilisation des technologies de l'information intégrés dans l'organisation physique des services cliniques
4.3.1	Assurer la formation et la disponibilité de milieux de stage adaptés et diversifiés	Locaux de formation et de rencontres

4.5.6 4.5.8	Mettre en place des projets qui visent une consommation minimale d'énergie. Mettre en place des systèmes de production d'énergie à partir de ressources renouvelables Appliquer des mesures de gestion environnementale concernant les matières résiduelles	À planifier à toutes les étapes du PDCI, dans le choix des éléments à mettre en place, dans la réalisation des travaux et dans les impacts à long terme
5.1.1	Compléter le recrutement selon le plan des effectifs spécialisés et saisir les opportunités de recrutement	S'assurer de pouvoir profiter des opportunités de recrutement (sujet mentionné particulièrement au projet médical dans le cadre des activités de chirurgie)
5.1.4	Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la réalisation de démarches concertées de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	Prévoir les installations physiques permettant la révision des processus de soins et de services (exemple : espace pour 1re consultation pour priorisation des cas par l'infirmière)
5.1.5	Établir des partenariats avec les établissements d'enseignement afin d'assurer une main-d'œuvre en quantité et qualité suffisante	Locaux de formation
5.2.4	Mettre en place des projets de promotion de la prévention en sécurité, en santé et au bien-être au travail	À mettre en évidence dans certains choix immobiliers
6.1.1	Mettre en œuvre des projets structurés d'optimisation de l'utilisation des ressources, générateurs de gains de performance	Planification des infrastructures en fonction des projets de type LEAN
7.1.4	Développer des lieux et des occasions pour favoriser la coopération interprofessionnelle	Locaux de rencontres de petits groupes
7.1.7	Assumer la responsabilité populationnelle en matière de santé et de services sociaux en favorisant la participation et la complémentarité de tous les acteurs du RLS	Exemple : il est question d'accueillir un organisme communautaire dans les murs de l'Hôpital
7.2.2	Développer des ententes de services dans certaines spécialités	À planifier dans l'utilisation partagée des bureaux de consultations externes (exemple : accueil d'un rétinologue)

2.4. Le territoire desservi

Le bassin de desserte du CSSS de la Baie-des-Chaleurs se distingue par plusieurs caractéristiques :

2.4.1. Les distances considérables

Le bassin de desserte est étalé sur 203 km, soit de L'Ascension-de-Patapédia à Shigawake. Il comprend deux MRC (Bonaventure et Avignon). Le territoire est situé à 600 km de Québec et à 300 km de Rimouski.



2.4.2. De petites agglomérations

- Seulement 5 municipalités ou villes de plus de 2000 habitants; et
- 16 municipalités de moins de 1000 habitants;

2.4.3. Des particularités liées à la configuration territoriale

- Nécessité d'une multitude de points de services pour assurer la proximité des services;
- Tendance des résidents des villages situés à l'ouest de la MRC d'Avignon à recourir aux services de santé du Nouveau-Brunswick (CH de Campbellton);
- Même tendance, à moindre échelle, chez les résidants à l'Est de Paspébiac à recourir aux services du CSSS du Rocher-Percé;

2.4.4. Des groupes culturels distincts

- Présence d'une communauté autochtone (mi'gmaq) répartie dans deux localités (500 personnes à Gesgapegiag; 1500 personnes à Listuguj), à majorité anglophone;
- Présence de localités à prédominance anglophones (New Carlisle, Saint-Jules-Cascapédia) ou comportant une communauté anglophone (New Richmond, Matapédia, Hopetown). La clientèle anglophone représente plus de 10 % de la population.

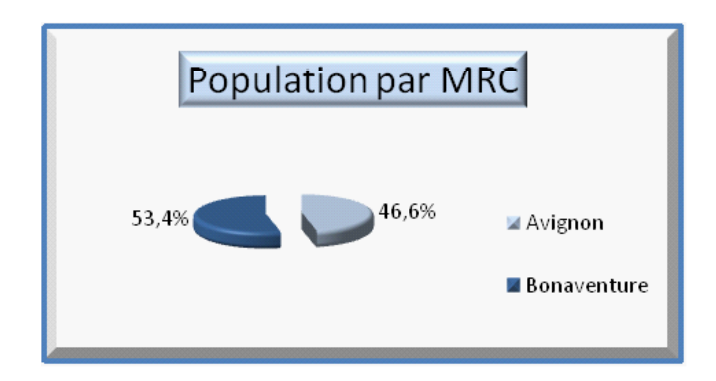
2.4.5. Un centre de détention

Le CSSSBC offre des services à la clientèle du centre de détention de New Carlisle selon certaines modalités d'entente.

2.5. La population desservie

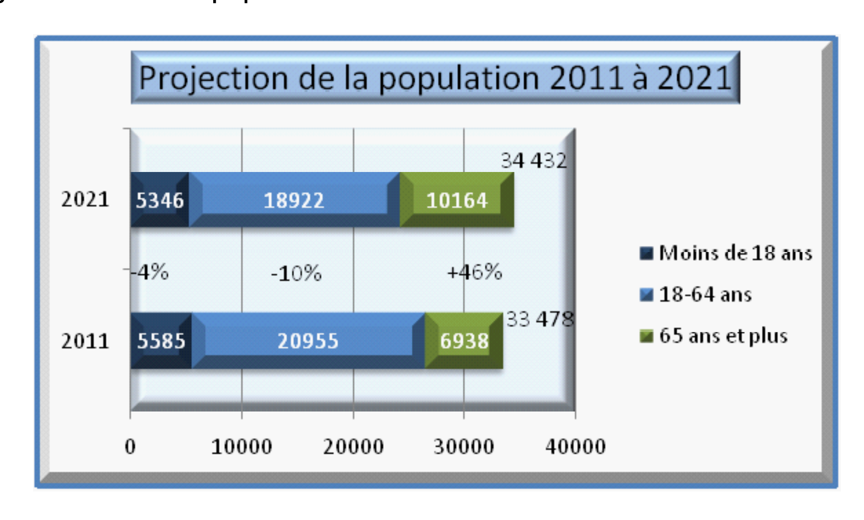
Les statistiques suivantes sont issues de *L'état de santé et de bien-être de la population de la Baie-des-Chaleurs*, DUBÉ, Nathalie et Parent, Claude. Direction de la santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2011.

Selon les projections de la population produites par le MSSS, la population desservie est constituée de 33 478 habitants, dont 15 595 dans la MRC d'Avignon et 17 883 dans la MRC de Bonaventure.



2.5.1. Le profil démographique

Les plus récentes projections démographiques produites par le MSSS font à nouveau état du vieillissement marqué de la population de la Baie-des-Chaleurs par rapport à celle du Québec. La proportion de personnes âgées de 65 ans et plus augmentera de 46 % au cours des dix prochaines années dans la Baie-des-Chaleurs comparativement à 39 % au Québec. Simultanément, le nombre d'enfants diminuera de 4 % alors que le nombre de personnes composant la population active diminuera de 10 % d'ici à l'année 2021. L'offre de services du CSSSBC doit être planifiée en tenant compte de cette situation et, conséquemment, des besoins grandissants de la population.



2.5.2. Le portrait socio-sanitaire de la population

Le tableau suivant présente quelques statistiques comparées de la population de la Baie-des-Chaleurs par rapport à la population globale du Québec en matière de démographie, de facteurs socio-économiques et d'indicateurs d'état de santé :

Démographie	Baie-des-Chaleurs	Québec
	Nombre d'habitants	
Population totale (2011) [1]	33 748	7 946 832
0-24 ans	8 181	2 230 100
25-64 ans	18 359	4 462 913
65 ans et +	6 938	1 253 819
Indice synthétique de fécondité (2006-2008) [2]	1,72 enfants	1,69 enfants
	Pourcentage	
Pourcentage des 65 ans et plus (2011) [1]	20,7	15,8
Perspectives démographiques (variation 2031/2006) [1]	á 5,2	á 15,8
Pourcentage des 65 ans et plus (2031)	37,5	25,6

Socioéconomie	Baie-des-Chaleurs	Québec
Pourcentage sans DES ou diplôme d'école de métiers 25 ans et + (2006) [3]	33,2 %	22,9 %
Taux d'emploi (2005) [3]	43,4 %	60,4 %
Revenu personnel annuel moyen par habitant (2008) [4]	26 430 $	33 333 $

Habitudes de vie et comportements liés à la santé	Baie-des-Chaleurs	Québec
	Pourcentage	
Fumeurs (réguliers et occasionnels) (2008) [5]	24,1	23,6
Personnes souffrant d'excès de poids (2008)[5]	51,5	50,5
Embonpoint	35,3	34,9
Obésité	16,2	15,6

Espérance de vie (2005-2007) [2]	Baie-des-Chaleurs	Québec
• Femmes	82,7 ans	83,0 ans
• Hommes	76,7 ans	78,1 ans

Santé maternelle et infantile	Baie-des-Chaleurs	Québec
Pourcentage des naissances prématurées (2006-2008) [2]	7,2 %	7,5 %

Problèmes de développement et d'adaptation sociale des jeunes	Baie-des-Chaleurs	Québec
Taux (%) de sorties du secondaire sans diplôme ni qualification élèves de la CS René-Lévesque (2008-2009) [10]	12,3	18,4
Taux (pour 1 000) de maternité chez les jeunes filles de 15-19 ans (2004-2008) [2]	13,7 +	10,0
Taux (pour 1 000) d'enfants de 17 ans et moins pris en charge pour maltraitance ou troubles de comportement (2009-2010) [6]	20,0	19,7

Suicide	Baie-des-Chaleurs	Québec
Taux (pour 100 000) de décès par suicide (2004-2008) [7]	19,9	15,2

Maladies chroniques	Baie-des-Chaleurs	Québec
	Taux pour 100 000 habitants	
Taux ajusté d'incidence du cancer (2004-2006) [8]	477,4	513,4
Taux ajusté de décès par cancer (2006-2008) [7]	236,9	236,3
Taux ajusté de décès par MCV* (2006-2008) [7]	200,8	186,9
Taux ajusté de décès par maladies respiratoires (2006-2008) [7]	70,1	61,4
Prévalence ajustée du diabète (2008-2009) [9]	8,2 +	7,6

Sources :
1. MSSS, janvier 2010, Projections de population 2006 à 2031.
2. INSPQ, Infocentre de santé publique.
3. Statistique Canada, Recensement 2006.
4. ISQ, Services des statistiques sectorielles et du développement durable. 12 mars 2010.
5. ISQ, EQSP 2008.
6. Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles. Association des centres jeunesse du Québec. Bilan des directeurs de protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux 2010.
7. MSSS. Fichier des décès.
8. MSSS. Fichier des tumeurs.
9. INSPQ. Mai 2011
10. MELS. 2010

* MCV = Maladie cardio-vasculaire

De plus, sur la base des perspectives démographiques et de la prévalence de certaines maladies, il est possible d'estimer le nombre de personnes qui seront atteintes de maladies chroniques au cours des prochaines années ainsi que le nombre de nouveaux cas de cancer sur le territoire de la Baie-des-Chaleurs.

	Maladies chroniques - Simulation du nombre de personnes atteintes			
	2011	2016	2021	Variation 2011-2021
Diabète	2 466	2 770	3 086	25 %
Hypertension	6 255	6 857	7 444	19 %
MPOC [1]	1 403	1 507	1 604	14 %
Source : MSSS. Perspectives démographiques et Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. 2011 Raymond Chabot Grant Thornton & Cie, Démarche d'analyse du programme Santé physique p.16.				

	Cancer - Simulation du nombre de nouveaux cas de cancer en fonction de l'incidence observée au Québec			
	2011	2016	2021	Variation 2011-2021
Nouveaux cas de cancer	232	264	295	27 %
Source : MSSS. Perspectives démographiques, édition 2010 et INSPQ. Données d'incidence et de mortalité pour les principaux sièges de cancer au Québec. 2011 Raymond Chabot Grant Thornton & Cie, Démarche d'analyse du programme Santé physique p.16.				

À partir de cette simulation et en fonction de certains éléments connus et d'autres éléments estimés, il est également possible de planifier la croissance des examens d'endoscopie.

	Examens d'endoscopie - Projection 2021				
	2010 - 2011	Croissance de l'incidence du cancer	Nouveau programme de dépistage du cancer colorectal	Total	Variation 2011-2021
Nombre d'examens	3 740	4 762	115	4 877	30 %
Source : MSSS base de données C07 et rapports AS-478. 2011 Raymond Chabot Grant Thornton & Cie, Démarche d'analyse du programme Santé physique p.28.					

Toutes ces données ainsi que celles qui seront présentées dans les sections qui suivent sont prises en compte dans l'élaboration du projet clinique de l'établissement qui sert d'assise à la présente démarche entourant le PDCI. Ainsi, les services sont planifiés en fonction des besoins estimés et les infrastructures du CSSSBC seront planifiées pour supporter l'offre de services nécessaire.

[1] MPOC = Maladie pulmonaire obstructive chronique

2.6. Les effectifs médicaux

Le département de médecine générale du CSSSBC est composé de 52 membres. La grande majorité des médecins omnipraticiens œuvre dans plusieurs secteurs et plusieurs installations du territoire. Toutefois, en fonction des règles du département, leur pratique principale est répertoriée dans un des trois secteurs du CSSSBC. La répartition des effectifs se présente comme suit :

Secteurs	Installations	Nbre de médecins en fonction du lieu où ils exercent leurs tâches principales
Secteur Ouest	Installations du secteur Ouest	5
Centre du territoire	Hôpital de Maria	25
Secteur Est	Installations du secteur Est	14
UMF	UMF	8
Total		52

Il est à noter que quatre omnipraticiens concentrent leur pratique dans les champs spécialisés de la chirurgie et de l'anesthésiologie et leur prestation de service est calculée dans le cadre du plan d'effectifs en spécialités.

Le tableau suivant présente le nombre d'effectifs médicaux en place dans chacune des disciplines par rapport au plan d'effectif autorisé en spécialités. À titre indicatif, le nombre de membres associés au sein du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) est présenté, mais cette information ne saurait influer sur la planification des besoins immobiliers puisque ces médecins viennent en remplacement des ressources en place et n'utilisent pas de locaux supplémentaires.

	État de situation au 30 septembre 2011			
Discipline	Effectifs en place	PEM ** autorisé	Membres associés	Objectifs de recrutement (Projet médical)
Anesthésie	3	3	0	0
Chirurgie générale	4	4	2	1 (retraite annoncée)
Dermatologie	0	1 (de Gaspé)	1	1
Médecine interne	4	5	0	1
Ophtalmologie	1	2	3	1
Orthopédie	2	2	1	0
ORL	1	1	1	0
Pédiatrie	3	3	4	2

Discipline	Effectifs en place	PEM ** autorisé	Membres associés	Objectifs de recrutement (Projet médical)
Pédopsychiatrie	0	0	0	1
Psychiatrie	4 (+1*)	4 (+1*)	10	1
Radiologie	3	3	21	1
Rhumatologie	0	0	1	1
Total	25 spécialistes	28	44	10

* Médecin spécialiste en santé communautaire ayant la majorité de ses activités en santé mentale 1re ligne et comptabilité au nombre des effectifs en omnipratique dans le secteur Ouest.

** PEM = Plan d'effectif médical

Afin d'élargir la gamme de services sur place, des médecins visiteurs offrent des services de consultation spécialisée à l'Hôpital de Maria. L'ajout de ces services sur place permet d'éviter le déplacement de la clientèle vers les grands centres. La fréquence de ces cliniques est présentée à titre d'information permettant de spécifier le besoin en terme de locaux nécessaires pour l'accueil de ces spécialistes.

	État de situation au 30 septembre 2011		
Discipline	Médecins visiteurs	Utilisation de locaux	Fréquence des cliniques (1md à la fois)
Biochimie	2		-
Cardiologie	3	x	1 jour / 2 mois
Dermatologie	1	x	2 jours / mois
Gastropédiatrie	1	x	1 jour / 2 x année
Gynécologie	8	x	2 à 3 jours / mois
Hématologie-Onco	1	x	2 à 3 jours / mois
Microbiologie	1	x	1 jour / mois
Neuropédiatrie	1	x	1 jour / 2 x année
Cardiopédiatrie	1	x	1 jour / 2 x année
Pneumologie	2	x	4 ou 5 jours / 2 mois
Rhumatologie	1	x	3 jrs / 2 ou 3 x année
Urologie	1	x	4 jours / mois
À venir:			
Endocrinopédiatrie	1	x	À déterminer
Rétinologue	1	x	À déterminer

2.7. Le regroupement des activités

Cette section présente le regroupement des principaux pôles d'activités de l'établissement et les volumes de services qui influencent l'élaboration du PDCI. De plus, les réalisations récentes au sein de l'établissement sont abordées afin de mettre en évidence leurs impacts sur l'utilisation des installations physiques.

2.7.1. Les services cliniques

Le portrait global des services clinique du CSSSBC est présenté selon le lieu où ceux-ci sont offerts. L'intention n'est pas de traiter de façon exhaustive de tous les services, mais plutôt de limiter la présentation aux grands ensembles qui influenceront les choix immobiliers de l'établissement. En toile de fond, l'intégration, la continuité et la qualité des services guident l'ensemble de la démarche du PDCI, mais il ne saurait en être question en détail dans le présent document.

Ainsi, l'information suivante permettra, entre autres, de mettre en évidence les volumes de services à considérer concernant les programmes de santé physique et PALV0. En général, quatre grandes catégories de services cliniques sont reconnues :

- Les services offerts à domicile;
- Les services ambulatoires offerts dans les différentes installations de l'établissement;
- Les services hospitaliers qui s'adressent aux usagers admis pour un séjour de plus d'une journée en courte durée;
- Les services pour la clientèle hébergée en longue durée.

2.7.1. a) LES SERVICES À DOMICILE

Les services à domicile regroupent une gamme de services de base et de services spécialisés offerts au domicile des usagers par les intervenants du CSSS. Ces services ont nettement évolué au CSSSBC dans le cadre du virage ambulatoire ayant eu lieu au cours des années 1990 afin de concrétiser la volonté du MSSS de rapprocher les services des milieux de vie et de favoriser une médecine moins invasive et moins lourde. Ces services répondent également à la volonté des usagers de demeurer à domicile le plus longtemps possible plutôt que d'être admis en centre d'hébergement.

Les services à domicile seront abordés dans le cadre du PDCI - Volet 2 sous l'angle de l'évaluation des besoins en locaux pour les intervenants et également en fonction des besoins liés aux équipements prêtés ainsi qu'à l'entretien et à la réparation de ceux-ci (entrepôt, ateliers, etc.).

2.7.1. b) LES SERVICES AMBULATOIRES

Les services ambulatoires sont en évolution constante au sein du CSSSBC. Historiquement, les consultations médicales en clinique externe, les services courants en CLSC ainsi que les visites à l'urgence étaient répertoriés au nombre des services ambulatoires. Par la suite, dans le cadre du virage ambulatoire, les services de chirurgies d'un jour et les services de médecine de jour se sont ajoutés aux services ambulatoires visant à éviter les hospitalisations en courte durée. Plus récemment, les unités de médecine ambulatoire sont apparues dans le réseau de la santé afin d'offrir des soins et des services à la clientèle présentant des conditions cliniques de nature subaiguë ou semi urgente. Enfin, le programme d' « Accueil clinique » a été développé pour créer une porte d'entrée dédiée aux services d'investigation et de consultation spécialisée, accessible aux médecins de la communauté qui désirent une évaluation diagnostique pour leurs patients. L'objectif ultime est d'éviter les hospitalisations qui pourraient être justifiées à des fins diagnostiques. En résumé, les services ambulatoires sont ou seront offerts dans les lieux suivants :

- Les cliniques médicales dans la communauté;
- Les Groupes de médecins de famille (GMF) (à venir);
- L'unité de médecine familiale (UMF);
- Les services courants en CLSC;
- Les activités cliniques en santé mentale dans la communauté;
- Les cliniques médicales de consultation en Centre hospitalier;
- Le service d'oncologie au Centre hospitalier;
- Les services généraux d'adaptation et de réadaptation au Centre hospitalier;
- Les urgences;
- La clinique externe de l'unité de santé mentale;
- L'unité de médecine de jour et/ou l'unité de médecine ambulatoire et le programme d'accueil clinique;
- L'unité de chirurgie d'un jour.

2.7.1. c) LES SERVICES DE SOINS DE COURTE DURÉE

Les services de soins de courte durée regroupent l'ensemble des services offerts à la clientèle hospitalisée en centre hospitalier pour répondre à des conditions cliniques aiguës, pour permettre le suivi étroit de l'évolution d'une condition ou pour être en mesure de compter sur le plateau technique le plus sophistiqué de l'Hôpital. Dans le cadre de la recherche d'efficience des services de santé, plusieurs mesures ont été mises en place au CSSSBC afin de diminuer le recours à l'hospitalisation ou de diminuer la durée moyenne de séjour en s'appuyant sur le développement des technologies médicales permettant l'application de méthodes moins invasives, dont celles utilisées en chirurgies d'un jour. Parallèlement, le vieillissement de la population augmente le recours à l'hospitalisation et pose un défi de taille au réseau afin de mettre en place des alternatives pour cette clientèle qui présente de nombreux besoins.

Au CSSSBC, les soins de courte durée sont répartis au sein de 6 unités : la médecine, la chirurgie (incluant les lits de pédiatrie), les soins intensifs, la gériatrie, la maternité et la santé mentale. Récemment, une transformation a été réalisée afin de répondre aux contraintes obligatoires et aux besoins urgents de l'organisation, notamment en matière de prévention des infections, de sécurité des patients et du personnel, de gestion des ressources humaines et financières ainsi qu'en matière de gestion de l'achalandage à l'urgence.

Le tableau suivant montre l'évolution du nombre de lits de courte durée ayant eu lieu en 2011 :

	Situation initiale		Transformation réalisée en 2011	
Activités cliniques	Nombre de lits	Lits soupapes	Nombre de lits	Nombre de lits soupapes
Médecine	29	0	21	1
Chirurgie, pédiatrie	15	3 *	16	1
Soins intensifs	5	1	5	1
Gériatrie active	4	0	4	+
Médecine (profil gériatrique)			6	
Maternité	5	1	5	1
Santé mentale	9	1	10	2
Total	67	6	67	6 +

* Équivalent de la moyenne d'utilisation des lits de débordement en 2010.

Cette situation a été rendue possible par la disponibilité récente des locaux de l'Unité Benoît-Martin. Une analyse des besoins sera réalisée en parallèle à l'amorce de l'élaboration du PDCI afin de confirmer les avenues cliniques visant à répondre aux besoins de la population en cette matière. De même, cette analyse permettra de déterminer les aménagements nécessaires aux infrastructures pour créer un environnement répondant intégralement aux besoins d'efficience et de sécurité des soins et des services. Ceux-ci seront intégrés au PDCI - Volet 2.

2.7.1. d) LES SERVICES POUR LA CLIENTÈLE HÉBERGÉE EN LONGUE DURÉE

Compte tenu du vieillissement de la population, la demande de services d'hébergement de soins de longue durée consacrés aux personnes âgées en perte d'autonomie est devenue de plus en plus forte. Les besoins d'autres clientèles spécifiques en santé mentale, en déficience physique, en soins palliatifs ont également fait évoluer la demande. D'autre part, les services de soutien à domicile et le développement de capacités d'accueil en ressources intermédiaires au sein de la communauté s'inscrivent en réponse à une partie de plus en plus importante des besoins des personnes en perte d'autonomie.

En matière d'hébergement de longue durée, la plus récente transition réalisée au CSSSBC s'est traduit par la relocalisation des lits d'hébergement de longue durée qui étaient situés en milieu hospitalier (Unité Benoît Martin) vers un milieu mieux adapté à la condition des résidents (Centre d'hébergement de Maria). Le mouvement de lits qui en a découlé ainsi que les autres développements réalisés simultanément sont démontrés dans le tableau suivant. Il est à noter que certains ajouts pour l'année 2013 sont également présentés ci-après :

	Situation initiale		Transformation réalisée en 2011	Situation projetée (2013)
Hébergement	Nombre de lits	Lits soupapes	Nombre de lits	Nombre de lits
CHSLD	199		184	184
Soins palliatifs	0		2	2
Sous-total hébergement	199		186	186
Unité transitoire de récupération fonctionnelle	0		4	4
Unité transitoire en santé mentale	5		5	8
RI perte d'autonomie et déficit cognitif	54		61	61
RI déficience physique	0		2	2
RI Santé mentale	6	1	11	11
Sous-total hébergement communautaire	65	1	83	86
Total	253	1	269	272

L'hébergement de la clientèle s'inscrit dans un souci d'offrir les services le plus près possible du milieu d'origine des personnes. Conséquemment, les places en hébergement communautaire sont réparties en 14 lieux différents et les places en hébergement de longue durée se répartissent comme suit sur le territoire :

Installations	Situation initiale	Transformation réalisée en 2011
	Nombre de lits	Nombre de lits
CH de Matapédia	20	20 + 1 s. palliatif
CH de Maria (Résidence St-Joseph)	88	87 (projeté à 94)
UBM à l'Hôpital de Maria	16	0
CH de New Carlisle	75	70 + 1 s. palliatif
Sous-total hébergement	199	179 (projeté à 186)

2.7.2. Les services cliniques en support au diagnostic et au traitement

Les services cliniques en support au diagnostic et au traitement de la clientèle sont offerts par des professionnels de la santé de différents domaines et s'adressent à la clientèle inscrite aux services ambulatoires, à la clientèle hospitalisée en soins de courte durée ou à la clientèle en hébergement de longue durée. Ces services nécessitent généralement un plateau technique important ou une infrastructure élaborée dont l'utilisation a une grande incidence sur l'efficience globale des services. Le plateau technique d'un établissement se définit comme suit :

« Ensemble des installations, appareils et dispositifs médico-techniques qui sont utilisés dans un établissement de santé afin d'établir les diagnostics et de dispenser les traitements. [...] Le choix du mot plateau pour désigner cette notion est attribuable au fait que ces équipements sont souvent regroupés dans un même espace [...] ».

C'est donc dire que le plateau technique du CSSS comprend tous les équipements utilisés à l'urgence ou dans les autres unités de l'établissement et particulièrement au sein des services suivants qui sont en support au diagnostic et au traitement de la clientèle :

- Le bloc opératoire du Centre hospitalier;
- L'imagerie médicale du Centre hospitalier et du CLSC de Paspébiac;
- Le laboratoire du Centre hospitalier et du CLSC de Paspébiac;
- Le département de pharmacie du Centre hospitalier;
- Le service d'inhalothérapie, et d'électrophysiologie du Centre hospitalier;
- Les services généraux de réadaptation;
- La stérilisation.

En matière d'immobilisation, la planification des espaces qui sont alloués à ces services revêt une grande importance en raison du niveau stratégique de leur emplacement par rapport à la prévention des infections, au cheminement de la clientèle et à l'envergure des équipements de chacun.

2.8. Les volumes de services à considérer

Bien que le PDCI soit abordé en deux volets distincts, l'évaluation des besoins doit s'appuyer sur une vision globale de l'organisation des services qui permet de viser un niveau optimal de synergie entre ceux-ci.

Ainsi, l'analyse des volumes de services à considérer dans le PDCI - Volet 1 se rapporte à certains services intra-hospitaliers sans toutefois négliger la portée des services ambulatoires

en amont et en aval de l'Hôpital. En effet, ce niveau d'analyse peut permettre de dégager des opportunités de mouvements de services d'une installation à une autre afin de favoriser l'utilisation de l'infrastructure la plus légère possible; c'est le cas particulièrement des services à l'urgence que tous souhaitent voir diminuer au profit des services ambulatoires dans la communauté. De plus, il faut considérer le volume de services cliniques en support au diagnostic et au traitement afin d'assurer la cohérence dans la proximité des services interdépendants et de bien cerner les besoins d'espace.

2.8.1 Les services ambulatoires

2.8.1. a) LES CLINIQUES DE MÉDECINE FAMILIALE DANS LA COMMUNAUTÉ

Le volume de consultations en cabinets privés influence de façon inversement proportionnelle le volume de services hospitaliers à l'urgence (prise en charge de la clientèle orpheline) et à l'hospitalisation alors qu'il favorisera l'augmentation du volume de services de l'éventuelle Unité de médecine ambulatoire.

Le territoire de la Baie-des-Chaleurs compte 10 cabinets privés dans lesquels pratiquent 19 médecins de famille, dont 4 ayant débuté ce type d'activités à l'automne 2011. Par ailleurs, 27 médecins s'investissent dans la prise en charge de la clientèle en cabinet dans les locaux des points de services de CLSC ainsi qu'à l'Unité de médecine familiale. Ces activités sont hautement valorisées au sein du CSSSBC, mais force est de constater qu'elles exercent une certaine pression sur l'utilisation des locaux.

En ce qui a trait aux résultats, le registre tenu par la RAMQ permet de constater que 52 % de la population apparait actuellement inscrite auprès d'un médecin de famille pratiquant en cliniques médicales dans la communauté ou en CLSC et en UMF. Par différentes mesures, le CSSSBC vise à ce que la proportion de la population inscrite atteigne 70 % d'ici 2015.

2.8.1. b) LES GROUPES DE MÉDECINS DE FAMILLE (GMF)

La création d'un premier GMF dans la Baie-des-Chaleurs est prévue d'ici à la fin de l'année 2013 et un deuxième d'ici 2015. Ce mode d'organisation est jugé prioritaire pour favoriser la prise en charge de la clientèle et pour diminuer l'utilisation des infrastructures hospitalières.

Sur le plan immobilier, la création du premier GMF pourrait avoir un impact sur l'utilisation des locaux en CLSC et les besoins inhérents seront évalués dans le cadre du PDCI - Volet 2.

2.8.1. c) L'UNITÉ DE MÉDECINE FAMILIALE (UMF)

Les médecins enseignants à l'UMF ainsi que les résidents qui y poursuivent leur formation contribuent à la prise en charge de la clientèle dans la communauté et à l'offre de services

courants au centre du territoire. Les locaux de l'UMF sont situés dans un bâtiment distinct sur la même propriété que l'Hôpital de Maria.

Unité de médecine familiale	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Nombre de visites	4 444	7 840	8 744	9 092

2.8.1. d) LES SERVICES COURANTS EN CLSC

Les services courants en CLSC constituent un élément important ayant permis le virage ambulatoire des soins et des services. Leur évolution constante s'inscrit dans les orientations qui visent à offrir des services de 1re ligne plus accessibles et ainsi diminuer le recours aux services hospitaliers. Récemment, les services offerts en médecine de jour à l'Hôpital pour la clientèle diabétique ont été transférés en grande partie vers les services courants en CLSC.

Installation de CLSC		2008-2009	2009-2010	2010-2011
CLSC Malauze	Nbr d'usagers	789	715	
	Nbr interventions	2 236	1 856	
CLSC de St-Omer	Nbr d'usagers	1 068	810	
	Nbr interventions	3 239	2 437	
CLSC de Caplan	Nbr d'usagers	752	916	
	Nbr interventions	1 886	2 304	
CLSC de Paspébiac	Nbr d'usagers	2 508	2 385	
	Nbr interventions	9 357	9 329	
CLSC de Pointe-à-la-Croix	Nbr d'usagers	827	806	
	Nbr interventions	2 376	2 460	

De plus, dans le cadre des activités de laboratoires, les prélèvements sont réalisés dans les points de service de CLSC.

Installation de CLSC	Nombre de prélèvements		
	2008-2009	2009-2010	2010-2011
CLSC Malauze	2 249	2 214	2 293
CLSC de St-Omer	3 942	4 264	5 079
CLSC de Caplan	5 507	5 773	6 167
CLSC de Paspébiac	19 661	21 111	14 568
CLSC de Pointe-à-la-Croix	1 724	1 846	2 096

2.8.1. e) LES ACTIVITÉS CLINIQUES EN SANTÉ MENTALE DANS LA COMMUNAUTÉ

Depuis bon nombre d'années, les services de santé mentale du CSSSBC ont été déployés dans la communauté sur la base d'une philosophie d'intervention visant à adapter les services aux besoins de la clientèle et à restreindre le recours aux ressources hospitalières.

Le tableau suivant permet d'apprécier le volume de services offerts dans la communauté :

Centre d'activités		2008-2009	2009-2010	2010-2011
Services psychosociaux généraux-AEO/liaison	Nbr d'usagers	783	716	580
	Nbr interventions	3 090	1 984	1 832
Psychologie	Nbr d'usagers	253	256	212
	Nbr interventions	1 459	1 563	1 112
Santé mentale 1re ligne	Nbr d'usagers	141	178	155
	Nbr interventions	807	1 027	895
Services externes en toxicomanie	Nbr d'usagers	129	152	135
	Nbr interventions	319	418	338

2.8.1. f) LES CLINIQUES MÉDICALES DE CONSULTATION EN CENTRE HOSPITALIER

Les cliniques médicales de consultations en centre hospitalier nécessitent une attention particulière dans le cadre du PDCI. Les bureaux de consultations sont répartis dans différents secteurs de l'Hôpital et cette situation empêche le développement d'une structure d'accueil et de secrétariat efficace en plus de générer beaucoup de circulation de la clientèle. La réorganisation des cliniques externes permettra une meilleure coordination des services cléricaux et infirmiers en support à la pratique médicale et permettra l'optimisation des interventions de chacun des intervenants.

Discipline médicale	Nombre de consultations		
	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Ophtalmologie	2 657	3 223	4 670
Orthopédie	5 009	4 761	3 796
Médecine interne	2 984	2 719	3 078
Pédiatrie	2 008	2 145	2 322
ORL (visites externes et audiogrammes)	3 262	3 303	3 237
Chirurgie générale	2 303	2 390	2 599
Dermatologie (accroissement planifié)	846	740	989
Gynécologie*	891	827	562
Obstétrique	103	180	216
Pneumologie*	213	373	368
Rhumatologie*	144	132	145
Urologie	733	1 142	826
Cardiologie*	184	0	0
Autres consultations ext. spécialisée	15	6	16
Total des consultations externes spécialisées	21 352	21 941	22 824

*Pour connaître la fréquence des cliniques offertes par les médecins visiteurs dans ces disciplines, se référer à la section portant sur les plans d'effectifs médicaux.

De plus, il est à noter que certains spécialistes se déplacent dans les installations de CLSC pour offrir des services de consultation et leurs besoins devront être pris en compte dans le PDCI. Toutefois, l'établissement a tôt fait de constater les limites de décentralisation de ces services en raison des contraintes liées aux petits volumes qui sont amplifiées par le souci d'offrir les services au moment opportun. D'autre part, l'utilisation judicieuse des ressources humaines et matérielles permet de nuancer considérablement les besoins de décentralisation des cliniques externes.

2.8.1. g) LE SERVICE D'ONCOLOGIE DU CENTRE HOSPITALIER

L'équipe d'oncologie de l'Hôpital de Maria a été certifiée Équipe interdisciplinaire locale de lutte contre le cancer (cote A) par la Direction nationale de lutte contre le cancer. L'engagement de l'équipe médicale, la présence d'une équipe interdisciplinaire et des ressources dédiées, l'excellente coordination du programme ainsi que les liens formels avec les équipes de Rimouski et du CHUL permettent d'offrir des services de 2e et de 3e ligne s'appuyant sur une pratique de qualité basée sur des données probantes. Le service d'oncologie assure la prise en charge de la clientèle adulte et pédiatrique tant pour le volet chimiothérapie que pour les autres problématiques de santé accompagnant la maladie. Le niveau de rétention de la clientèle dans le milieu atteint 90% des cas nécessitant de la chimiothérapie; le taux le plus élevé en région. En fait, seuls les traitements de radiothérapies ne sont pas offerts sur place et, pour des raisons de volume de services, de disponibilité des ressources et de qualité des services, le développement de ce service n'est pas envisagé.

En 2009-2010, le cancer est devenu la première cause de décès de la population, tant au niveau régional que provincial. Malgré ce fait, le taux de décès de la clientèle sous chimiothérapie au CSSSBC est passé de 22 % en 2005 à 10,4 % en 2009. Au début des années 1990, le CSSSBC dénombrait une centaine de traitements par année alors qu'il y en a eu 1 400 en 2009-2010. Les patients demeurent souvent sous traitement antinéoplasique pendant plus de deux ans comparativement à une moyenne de 6 mois il y a 5 ans et 60% des traitements offerts sont d'une durée de plus de 4 heures.

La croissance du taux de cancer et l'évolution dans les traitements exercent une pression importante sur le niveau d'activités du service d'oncologie et, par conséquent, sur la gestion de l'espace nécessaire pour accueillir la clientèle.

	Activités en hémato-oncologie			
	2004-2005	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Nombre d'usagers	76	312	335	411
Nombre de traitements	636	898	1 400	1 392

Par ailleurs, le nombre de nouveaux cas de cancer est estimé pour les années 2011 à 2021 et, sur la base de l'incidence des cas de cancer observée au Québec:

	Cancer - Simulation du nombre de nouveaux cas de cancer en fonction de l'incidence observée au Québec			
	2011 Estimé	2016 Estimé	2021 Estimé	Variation 2011-2021
Nouveaux cas de cancer	232	264	295	27 %

Source : MSSS. Perspectives démographiques, édition 2010 et INSPQ. Données d'incidence et de mortalité pour les principaux sièges de cancer au Québec. 2011 Raymond Chabot Grant Thornton & Cie, Démarche d'analyse du programme Santé physique p.16.

Conséquemment, la planification des services en oncologie du CSSSBC peut être réalisée en faisant une extrapolation à partir des données précédentes :

	Traitements d'hémato-oncologie (excluant les autres activités thérapeutiques et les urgences oncologiques) - Projection 2021		
	2010-2011	Projection 2021	Variation 2011-2021
Nombre de traitements	1 392	1 772	27 %

Source : MSSS base de données C07 et rapports AS-478. 2011 Raymond Chabot Grant Thornton & Cie, Démarche d'analyse du programme Santé physique p.28.

Les besoins à venir dans ce secteur sont ainsi mieux circonscrits et serviront de base à la planification de la nouvelle unité d'oncologie prévue dans le PDCI - Volet 1. Il est à noter qu'en 2011, des installations temporaires ont dû être aménagées afin de répondre plus adéquatement aux besoins de la clientèle, mais la situation impose un réaménagement global qui a été ciblé au nombre des priorités énoncées dans le cadre de l'exercice de planification stratégique 2011-2015 de l'établissement.

2.8.1. h) LES SERVICES GÉNÉRAUX D'ADAPTATION ET DE RÉADAPTATION DU CENTRE HOSPITALIER

Les services généraux d'adaptation et de réadaptation du centre hospitalier maintiennent un volume de services relativement constant. Les listes d'attente, pour leur part, sont liées à la pénurie de main-d'œuvre dans ce domaine et non pas à la capacité des installations physiques.

L'offre de services de réadaptation, notamment en physiothérapie, est appelée à évoluer dans le cadre du développement des services intégrés pour les personnes atteintes de maladies

chroniques. En ce sens, une réflexion entourant les lieux de dispensation des services devrait être réalisée avant la réalisation PDCI Volet - 2 dans une optique d'amélioration de l'accès aux services de proximité.

	Activités en nombre de jours / traitements		
	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Audiologie	692	297	598
Physiothérapie	10 483	10 546	9 637
Ergothérapie	3 152	3 807	5 323

Par ailleurs, il est prévu que des services spécialisés de réadaptation fonctionnelle intensive soient déployés d'ici 2013, en collaboration avec le Centre de réadaptation de la Gaspésie–Les-Îles. La mise en place de cette unité distincte est à planifier dans le cadre du PDCI.

2.8.1. i) LES URGENCES

Le CSSSBC compte deux urgences, soit une au CLSC de Paspébiac et une autre à l'Hôpital de Maria. Cette dernière occupe une place importante dans l'élaboration du PDCI - Volet 1 pour le centre hospitalier puisqu'elle doit faire l'objet d'une construction nouvelle juxtaposée au bâtiment existant.

La construction de ce type d'unités est largement normalisée afin de répondre aux besoins d'organisation des services en fonction de critères établis par le MSSS. Le nombre de civières autorisées au CSSSBC est fixé à 10 à l'Hôpital de Maria et 4 au CLSC de Paspébiac.

Au nombre des statistiques d'achalandage à l'urgence, seule la statistique portant sur le volume de visites sera utilisée puisque la gestion des délais d'attente à l'urgence n'est pas tributaire des installations physiques au sein même de l'unité, mais bien de l'organisation des services en amont et en aval de la consultation à l'urgence par la clientèle. Le nombre de visites à l'urgence de l'Hôpital de Maria demeure relativement stable à 21 000 par année.

	Nombre de visites aux urgences		
	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Urgence de Maria	21 114	20 549	21 333
Urgence de Paspébiac	16 585	16 814	16 178
Total	37 699	37 363	37 511

2.8.1. j) LA CLINIQUE EXTERNE DE L'UNITÉ DE SANTÉ MENTALE

Lorsque possible, les services de 2e ligne en santé mentale sont offerts dans la communauté, mais certains services psychosociaux sont offerts en milieu hospitalier et les consultations psychiatriques s'y déroulent également.

Centre d'activités		2008-2009	2009-2010	2010-2011
Suivi d'intensité variable dans la communauté	Nbr d'usagers	132	196	249
	Nbr interventions	3 036	3 014	3 931
Services psychosociaux en milieu hospitalier	Nbr d'usagers	229	300	361
	Nbr interventions	1 337	2 173	2 456
Consultations psychiatriques	Nbr d'usagers	655	616	581
	Nbr interventions	2 354	2 463	2 853

Il est à noter que le département de santé mentale fait l'objet de nombreuses attentes en matière d'organisation physique des locaux dédiés à la clinique externe ainsi qu'à l'hospitalisation. Une évaluation des besoins et des solutions immobilières adaptées seront abordées dans le cadre du PDCI - Volet 2 prévu à l'hiver 2012.

2.8.1. k) LES SERVICES DE LA MÉDECINE DE JOUR

Les services de la médecine de jour permettent actuellement d'utiliser, pour certaines clientèles, les ressources et le plateau technique du centre hospitalier sans avoir recours à l'hospitalisation.

Les services de médecine de jour seront modulés pour éventuellement migrer vers l'Unité de médecine ambulatoire (UMA) qui sera prochainement créée, telle que proposée dans les modèles récents d'organisation de service. Par exemple, des services d'investigation et de traitement s'échelonnant sur plusieurs jours consécutifs y seront réalisés en mode ambulatoire de façon à permettre au patient de retourner à son domicile en fin de journée.

De plus, un programme d'Accueil clinique sera intégré au fonctionnement de l'UMA. Celui-ci permettra d'offrir des soins et des services à la clientèle présentant des conditions cliniques de nature subaiguë ou semi urgente et de regrouper la clientèle sous certaines présentations cliniques ou diagnostiques, selon des critères précis établis par l'équipe médicale. Sur référence des médecins de la communauté qui désirent une évaluation diagnostique pour leurs patients, la clientèle bénéficiera d'un accès privilégié aux plateaux techniques et diagnostiques, aux consultations auprès de médecins spécialistes et, dans certains cas, à des amorces de traitement en fonction de protocoles établis. Cette façon de faire permettra de faciliter la prise en charge par les médecins de famille en réduisant le temps d'attente pour les services diagnostiques, de favoriser l'accès et la continuité des services, et de réduire le nombre d'hospitalisations qui seraient justifiées à des fins diagnostiques.

La planification de l'UMA se poursuit dans le but d'optimiser le rendement de chacun des services par l'attribution des bonnes interventions, aux bons endroits, au moment opportun et dans une optique de diminution du recours à l'hospitalisation.

Le tableau suivant fait état des services qui ont été offerts à l'unité de médecine de jour de l'Hôpital de Maria au cours des trois dernières années :

Médecine de jour		2008-2009	2009-2010	2010-2011
Nombre d'usagers		2 178	2 036	1 215
Nombre de jour-soins		3 556	3 697	2 631
Coordination ou préparation et/ou surveillance d'interventions réalisées		2008-2009	2009-2010	2010-2011
Bilan préopératoire pour préadmission	Nbr d'usagers	1 000	809	41
	Nbr de jour-soins	1 104	947	42
Techniques endoscopiques + de 3 heures	Nbr d'usagers	103	85	71
	Nbr de jour-soins	108	91	83
Techniques endoscopiques - de 3 heures	Nbr d'usagers	12	3	1
	Nbr de jour-soins	12	3	2
Services entièrement rendus à l'unité de médecine de jour				
Adm. médication I.V. (autres que chimio)	Nbr d'usagers	91	93	95
	Nbr de jour-soins	562	512	368
Soins et suivi de plaies	Nbr d'usagers	33	74	50
	Nbr de jour-soins	167	380	315
Enseignement et suivi (incluant soins s'il y a lieu)				
Antibiothérapie I.V. à long terme	Nbr d'usagers	23	18	7
	Nbr de jour-soins	31	28	8
Anticoagulothérapie	Nbr d'usagers	66	85	5
	Nbr de jour-soins	255	333	6
Épreuves endocrino, gastro-endocrinologie, néphrologie et allergie	Nbr d'usagers	146	161	134
	Nbr de jour-soins	157	183	158

2.8.1. l) L'UNITÉ DE CHIRURGIE D'UN JOUR

Le PDCI - Volet 1 traite du réaménagement de l'unité de chirurgie d'un jour qui se traduira certainement en gain de productivité pour le service. La réalisation du virage ambulatoire en chirurgie au CSSSBC figure au nombre des réussites importantes des dernières années et la gestion des listes d'attente a également été bien adressée.

Activités d'un jour	Activités		
	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Nombre de chirurgies d'un jour	1 409	1 602	1 626
Nombre de chirurgies mineures	972	819	927
Nombre d'examens d'endoscopie (gastro, colono, ERCP)	1 885	1 730	1 827
Total des activités	4 266	4 151	4 380

2.8.2. Les services de soins de courte durée

De façon générale, le volet des soins de courte durée nécessite une attention particulière en matière d'organisation des services et, conséquemment, dans le cadre de l'élaboration du PDCI. L'analyse des besoins, qui se traduit en nombre de lits dressés, doit s'inscrire dans une approche d'intégration avec les services en amont et en aval de l'épisode de soins intra hospitalier. La tendance est au développement d'alternatives à l'hospitalisation qui peuvent concourir à l'efficience des services de façon globale. De plus, dans la foulée des travaux commandés par le MSSS sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, l'offre de services doit être revue pour proposer des solutions appropriées pour cette clientèle grandissante. Il s'agit de relever le défi qui se pose face au vieillissement de la population et aux besoins particuliers des personnes âgées.

Voici quelques constats tirés de l'état de situation portant sur l'utilisation des lits de courte durée au CSSSBC :

- Les statistiques liées à l'hospitalisation demeurent constantes;
- La durée moyenne de séjour globale est plus basse que celle du groupe de CSSS comparables et que celle des autres CSSS de la région;
- Le niveau d'intensité relative des ressources utilisées (NIRRU) par jour présence est plus élevé que celui des groupes comparables;
- L'utilisation de lits soupapes est nécessaire pour répondre aux fluctuations de l'occupation des civières à l'urgence;
- Certains profils de patient pourraient terminer leur épisode de soins dans des unités transitoires hors de l'Hôpital;
- Le nombre d'usagers en surveillance continue est à la hausse et les structures actuelles sont mal adaptées pour y faire face;
- Il n'y a pas suffisamment d'alternatives à l'hospitalisation;
- Le taux d'hospitalisation reflète l'absence d'établissements à vocation spécialisée sur le territoire;
- Il y a très peu d'attente d'hébergement en courte durée, mais on remarque un haut taux de demandes d'hébergement à long terme à partir de l'Hôpital.

D'autre part, l'unité de maternité a connu une diminution des naissances de 42 % s'échelonnant sur une période de 18 ans, soit de 1985 à 2003, comparativement à une diminution au Québec de 13 % pour la même période. Depuis l'année 2006, on constate une légère, mais constante augmentation à ce chapitre. En 2009-2010, 220 naissances ont eu lieu au CSSSBC. Toutefois, les projections démographiques présentent une variation de -4 % de la population âgée de moins de 18 ans d'ici 2021.

Le tableau suivant présente le nombre d'admissions et le volume de jours présence en soins de courte durée au cours des trois dernières années :

	2008-2009			2009-2010			2010-2011		
Unité de courte durée	Nbr de lits	Nbr d'admis-sions	Nbr jours présence	Nbr de lits	Nbr d'admis-sions	Nbr jours présence	Nbr de lits	Nbr d'admis-sions*	Nbr jours présence*
Médecine	29	1 409	9 671	29	1 347	10 629	29	1 258	10 933
Chirurgie	10	866	4 537	10	794	4 844	10	784	4 964
Pédiatrie	5	214	616	5	247	597	4	273	685
Soins intensifs	5	333	1 477	5	362	1 477	5	376	1 482
Gériatrie active	4	6	1 007	4	3	1 167	4	1	1 353
Maternité	5	700	2 061	5	625	1 991	5	609	1 861
Santé mentale	9	114	3 322	9	121	3 351	10	104	3 445
Total	67	3 642	22 691	67	3 499	24 056	68	3 405	27 723

* Les données statistiques ont été comptabilisées en fonction de la distribution initiale du nombre de lits, c'est-à-dire comme pour les 2 années précédentes.

Ces différents constats et statistiques ne démontrent qu'une facette du volume des services en soins de courte durée, car l'objectif du présent document n'est pas de présenter l'analyse complète et complexe des besoins dans ce secteur. Il importe toutefois de noter que le CSSSBC participe aux travaux en cours à l'échelle régionale afin de mener à terme un exercice d'équité relatif au programme santé physique.

2.8.3. Les services cliniques en support au diagnostic et au traitement

2.8.3. a) LE BLOC OPÉRATOIRE

Les services chirurgicaux au CSSSBC sont offerts dans les disciplines suivantes : chirurgie générale, chirurgie orthopédique, ophtalmologie, ORL, auxquelles s'ajoutent des services de scopies diagnostiques et des services de clinique de la douleur lorsque la disponibilité de la main-d'œuvre et des plateaux techniques le permet.

Le taux d'activités au bloc opératoire est en progression depuis quelques années et cette situation n'est pas étrangère aux nouvelles techniques utilisées. À l'instar de tous les services au CSSSBC, l'organisation des services chirurgicaux est réalisée en tenant compte d'un niveau maximal d'autosuffisance locale. La planification des effectifs et le développement de pointes d'expertise font partie des moyens pour favoriser cette autosuffisance.

Dans le cadre du PDCI – Volet 1, l'organisation physique du bloc opératoire sera revue à l'aide d'un plan fonctionnel et technique (PFT), notamment en ce qui a trait à la séquence des déplacements permettant d'éviter la propagation des infections.

Le tableau suivant présente le volume de chirurgies réalisées au bloc opératoire pour la clientèle hospitalisée. Il est à noter que le portrait complet des activités chirurgicales doit englober les activités décrites à la section portant sur l'unité de chirurgie d'un jour.

Type de chirurgies	Activités		
	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Chirurgies générales	493	388	405
Chirurgies pour prothèse du genou	70	58	49
Chirurgies pour prothèse de la hanche	38	49	34
Chirurgies de la colonne vertébrale	6	12	3
Autres chirurgies en orthopédie	672	637	608
Chirurgies en ORL	58	43	50
Endoscopies (gastro, colono, ERCP)	216	218	238
Total	1 553	1 405	1 387

2.8.3. b) LES SERVICES D'IMAGERIE MÉDICALE

Le service d'imagerie du CSSSBC compte deux sites de radiologie, soit celui relié à l'urgence au CLSC de Paspébiac et celui de l'Hôpital de Maria.

En plus des services courants de radiologie (y compris la tomographie axiale), le service d'imagerie médicale de l'Hôpital de Maria offre des services de résonnance magnétique qui sont rendus possibles grâce à l'unité mobile acquise à l'échelle régionale. Le CSSSBC assume la coordination médicale régionale du service ainsi que la gérance de l'équipement depuis son acquisition. De plus, comme dans plusieurs autres établissements en région, le service de mammographie est offert sur place.

Le service d'imagerie médicale de l'Hôpital de Maria a fait l'objet de travaux majeurs d'aménagement il y a une douzaine d'années et les espaces nécessaires pour l'accueil de l'unité mobile d'imagerie par résonnance magnétique (IRM) ont été finalisés en 2007.

Le tableau suivant présente le volume de services au sein du service d'imagerie médicale de l'Hôpital de Maria et du CLSC de Paspébiac :

CSSS de la Baie-des-Chaleurs	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Radiologie générale - Examens			
De la tête et du cou	1 807	1 253	967
De la colonne et du bassin	4 616	4 900	5 171
Des membres supérieurs et inférieurs	9 009	8 696	8 730

CSSS de la Baie-des-Chaleurs	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Du thorax et de l'abdomen	11 443	11 627	11 378
Autres examens	1 402	1 866	2 007
Sous-total	28 277	28 342	28 253
Ultrasonographie - Interventions	330	366	357
Ultrasonographie - Examens	4 870	4 861	5 381
Mammographie - Interventions	65	17	29
Mammographie - Examens	2 785	3 079	2 079
Tomodensitométrie - Examens	3 357	4 019	4 577
Résonnance magnétique (Examens)	1 029	1 070	1 174
Autres	49	25	30
Total CSSS de la Baie-des-Chaleurs	40 762	41 779	41 880

Enfin, un développement majeur est à prévoir au sein du département d'imagerie médicale de l'Hôpital de Maria afin d'intégrer le service de médecine nucléaire qui sera offert sous forme de service satellite par le CSSS du Rocher Percé. Le développement de la médecine nucléaire est prévu en 2013.

2.8.3. c) LES LABORATOIRES

Les laboratoires du CSSSBC, situés à l'Hôpital et au CLSC de Paspébiac, ont été aménagés en *Core-Lab* au début des années 2000 et ils ne présentent pas de besoins particuliers en matière d'installations physiques.

Le volume de procédures est en croissance importante mis à part la pathologie.

Test totaux (sur place + achetés)	Procédures		
	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Banque de sang	10 752	13 549	13 273
Pathologie	37 353	36 809	25 711
Laboratoires regroupés	685 310	701 561	747 986
Prélèvements Hôpital	22 949	29 054	29 917
Prélèvements CLSC de Paspébiac	19 661	21 111	14 568
Prélèvements autres lieux (ref. P.12)	13 422	14 097	15 635
Total	789 447	816 181	847 090

2.8.3. d) LE DÉPARTEMENT DE PHARMACIE

Au cours des dernières années, le volume d'activités au département de pharmacie a augmenté au même rythme que l'augmentation des activités à l'hospitalisation, de la

progression constante du nombre de cas en oncologie et du développement de plusieurs projets visant à accroître la qualité et la sécurité. Parmi ces projets figurent la mise à niveau des activités reliées aux préparations stériles, le développement du bilan comparatif des médicaments, la continuité du projet clinique en proposant des services aux clientèles vulnérables ainsi que la mise en place de procédures permettant de réorganiser le travail en vue d'optimiser la distribution des médicaments et la sécurité de l'usager (délégation contenant-contenu, FADM, automatisation).

Un projet pilote est en cours de réalisation afin d'instaurer le bilan comparatif des médicaments, et ce, depuis février 2011. Le déploiement progressif est à prévoir sur les trois prochaines années, en fonction des résultats de ce projet.

De plus, l'ajout d'effectifs pharmaciens sera nécessaire afin de rencontrer les obligations du département. L'équipe est actuellement composée de 5,4 pharmaciens alors que l'objectif fixé en 2007 était de 7,2 effectifs.

Les besoins d'espaces du département de pharmacie devront être pris en compte dans le cadre du PDCI. Les locaux du département de pharmacie devront être organisés en un site assurant un niveau de fonctionnement optimal. Toutefois, une exception est faite pour le traitement du cancer puisque les services de pharmacie seront organisés au sein du département d'oncologie. Par ailleurs, il faut prévoir que l'évolution de la pratique en pharmacie se tourne de plus en plus vers des interventions réalisées sur les départements, notamment à l'urgence. Le besoin d'espace en découlant devra sera évalué.

	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Nombre de prescriptions	148 983	156 018	164 322
Nombre moyen de prescriptions/jour	408	427	450

2.8.3. e) LE SERVICE D'INHALOTHÉRAPIE ET D'ÉLECTROPHYSIOLOGIE

Les services offerts en inhalothérapie et en électrophysiologie font partie intégrante des soins à la clientèle hospitalisée ainsi qu'à la clientèle de l'urgence. La principale clientèle desservie en inhalothérapie souffre d'asthme ou de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et nécessite des soins et de l'enseignement lui permettant d'éviter les épisodes d'exacerbation de ses symptômes. Les inhalothérapeutes du CSSSBC se déplacent à domicile pour la clientèle nécessitant de l'oxygénothérapie. Toutefois, ils n'ont pas à intervenir au bloc opératoire comme c'est le cas dans plusieurs établissements dont l'organisation des services d'anesthésie est différente. En électrophysiologie, des services généraux sont offerts de façon continue et des cliniques d'électroencéphalographie sont réalisées une fois par mois.

2.8.3. f) STÉRILISATION

Depuis plusieurs années déjà, les phases de stérilisation par les méthodes usuelles à la vapeur et/ou à l'oxyde d'éthylène sont effectuées à l'Hôpital de Maria pour l'ensemble des installations du CSSS Baie-des-Chaleurs. Le volume d'activités a donc fortement augmenté sans que les installations physiques aient été adaptées à cette croissance.

Or, la pertinence d'offrir des soins et des services sécuritaires et de qualité va de soi, particulièrement dans le contexte de prévention des infections nosocomiales. Afin d'évaluer les processus de travail en matière de désinfection et de stérilisation, le CSSSBC a mandaté la firme *Stérile Conseil 2000*. Depuis, plusieurs mesures ont été prises pour améliorer les pratiques, mais il reste à revoir la configuration du service pour le rendre adéquat.

En effet, dans son rapport de consultation déposé en février 2007, *Stérile Conseil* identifie plusieurs redressements nécessaires au niveau des installations physiques afin de les rendre conformes aux standards reconnus : *« Pour prévenir les infections nosocomiales et afin de répondre aux normes canadiennes de stérilisation, il faudrait proposer un nouvel aménagement où seront réunies toutes les conditions qui permettront de garantir la qualité bactériologique du matériel stérile* ». De plus, la conclusion du rapport souligne que *« Plusieurs mesures correctives ne peuvent être mises en place, faute d'aménagement physique compatible* ». Pour plus de détails, le lecteur peut se référer à la section 3 du rapport de la firme.

Le CSSSBC assure un suivi étroit de toutes les recommandations réalisables en fonction des installations actuelles et, pour la suite, le service de stérilisation est identifié dans les rangs prioritaires du PDCI – Volet 1.

		2008-2009	2009-2010	2010-2011
Inhalothérapie	Nbr d'unités techniques*	514 968	515 263	534 662
	Nombre d'usagers	1 328	1 311	1 305
Physiologie respiratoire	Nbr d'unités techniques	91 295	100 730	100 260
	Nombre d'usagers	1 196	1 395	1 445
Électrophysiologie	Nbr d'unités techniques	269 064	266 942	269 176
	Nombre d'usagers	5 055	4 985	4 150

* Incluant les traitements par aérosol (doseurs).

2.9. Les réalisations récentes et leurs impacts

La culture organisationnelle au sein du CSSSBC est particulièrement imprégnée par la recherche de l'excellence et par un désir de dépassement visant à maximiser l'offre de service à la population. Conséquemment, l'établissement a développé plusieurs services localement et les équipes de travail ont su relever les défis se présentant dans le cadre de l'évolution du réseau de la santé et des services sociaux.

L'UMF de Maria compte au nombre des développements ayant eu lieu au cours des dix dernières années. Ce développement organisationnel a nécessité la construction d'un bâtiment indépendant. Toutefois, la majorité des grandes réalisations du CSSSBC ont eu des impacts immobiliers qui ont dû être organisés au mieux dans les infrastructures existantes.

En voici une liste non exhaustive :

- L'accréditation en oncologie et le développement de services en onco-pédiatrie;
- Le développement et la gestion de la résonnance magnétique (avec l'ajout d'un portique au département d'imagerie médicale);
- Le projet d'organisation apprenante qui permet de nombreuses réalisations au quotidien et qui est fort prometteur pour faire face aux enjeux de ressources humaines;
- Les liens développés avec les établissements d'enseignement;
- Les succès en matière de recrutement médical;
- Le développement de pointes d'expertise médicale;
- Le développement de cliniques externes spécialisées;
- L'évolution des services de maternité (fonctionnement de type « unité Mère-enfant ») en lien avec la certification *Ami des bébés;*
- La reconnaissance des services de néonatalogie par le CHUL et l'association des pédiatres du Québec;
- Les nombreux développements en pharmacie en lien avec la saine gestion des médicaments;
- La mise à niveau et le développement des systèmes cliniques informatiques;
- La présence Web (internet, intranet, médias sociaux, etc.) et son utilisation clinique et organisationnelle (actuelle et potentielle);
- Les projets de santé Canada pour améliorer les liens avec les communautés anglophones et autochtones;
- Le télé-enseignement en soins infirmiers en partenariat avec le Cégep de la Gaspésie et des Îles.

Autant de réalisations au sein du CSSSBC témoignent du dynamisme et de la capacité d'innovation de l'établissement. Il s'agit d'autant de raisons pour créer un *momentum* permettant de revoir les installations et viser un meilleur niveau d'harmonie en matière d'installations physiques. L'élaboration du PDCI constitue cette occasion pour permettre les aménagements visant à mieux intégrer les nouveaux modes d'organisation et ces services.

Section 3 - L'état des bâtiments

3.1. Les bâtiments du CSSS de la Baie-des-Chaleurs

Un PDCI, tout comme un programme fonctionnel et technique (PFT), doit prendre en considération l'état des bâtiments et la configuration des installations, car ceux-ci permettent et supportent le fonctionnement de l'établissement et la façon de donner les soins.

L'architecture des bâtiments a un impact indéniable sur le personnel, sur la clientèle et sur la capacité à donner ou non les services. La compréhension et la connaissance des installations actuelles sont tout aussi déterminantes dans notre prise de décisions que l'organisation des soins sur le plan clinique.

Le CSSS de la Baie des Chaleurs a une superficie de plancher totale de 38 245 m².

Pour couvrir l'ensemble des services, l'établissement comprend au total 9 installations réparties dans les localités des MRC d'Avignon et de Bonaventure. Parmi ces neuf installations, il y en a sept où le CSSS est propriétaire. Ce sont les suivantes :

- l'Hôpital de Maria;
- le Centre d'hébergement de New Carlisle;
- le Centre d'hébergement de Maria; *
- le CLSC de Paspébiac;
- le CLSC et le Centre d'hébergement Malauze à Matapédia;
- le CLSC de Caplan; et
- l'UMF de Maria.

Il y a deux points de services où l'établissement est locataire. Il s'agit :

- du CLSC de Pointe-à-la-Croix; et
- du CLSC de Carleton-St-Omer.

* Le Centre d'hébergement de Maria est « légalement » la propriété de la corporation d'hébergement du Québec, récemment fusionné à la SIQ.

3.2. Les superficies

L'hôpital occupe 16 316 m², ce qui représente 44 % du total des installations du CSSSBC.

La superficie de plancher des CLSC pris ensemble est de 8 040 m² (22 % de la superficie totale du CSSSBC).

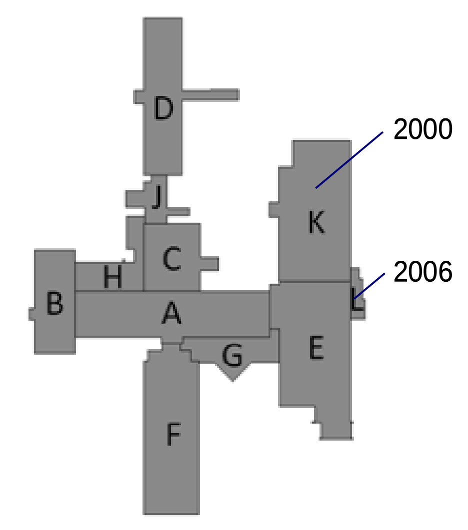
Pour ce qui est des Centres d'hébergement, ils ont une superficie totale de 13 006 m² (34 % de la superficie totale de plancher du CSSSBC).

La superficie des installations situées à l'extérieur de la municipalité de Maria représente 38 % de la surface du CSSS de la Baie des Chaleurs. C'est donc au cœur de la municipalité de Maria que l'on retrouve 62 % du CSSS. Il s'agit essentiellement de 3 bâtiments implantés sur 2 sites.

3.3. Les fiches signalétiques

Les pages suivantes nous donnent les fiches signalétiques de chacun des bâtiments. Sur ces fiches l'année de construction correspond à l'année de construction du bâtiment original. En consultant ces fiches, nous constatons que ce sont l'Hôpital et le Centre d'hébergement de Maria qui sont les bâtiments les plus âgés. Les installations de New Carlisle–Paspébiac ainsi que Matapédia ont été construites au milieu des années '70. La majeure partie du CLSC de Caplan et l'Unité de médecine familiale sont très récents. Même s'il date de 1963, le Centre d'hébergement de Maria, mieux connu sous le nom de Résidence St-Joseph, a connu des travaux de rénovation de l'ordre de 5 millions de dollars au cours de trois dernières années. Le Centre d'hébergement de New Carlisle a, pour sa part, été rénové au début des années 2000.

Dans le cas de l'Hôpital, seul le bloc central, identifié A, B et C, date de 1953. L'aile D date de 1962. L'aile E, qui représente l'urgence et le bloc opératoire, date de 1972. Les ailes G; l'accueil, F; le pavillon Benoît-Martin et H; la cafétéria, datent de 1982. Le dernier agrandissement correspond à l'imagerie médicale bâtie en 2000 (aile K) et à la résonance magnétique bâtie en 2006 (aile L). Au cours de ses 58 années d'existence, l'Hôpital a aussi été modifié, rénové et transformé à plusieurs endroits.



Parmi ces travaux, signalons ceux-ci;

- Les soins intensifs en 1994;
- La chirurgie d'un jour en 1998;
- Le poste de garde au 3e étage en 2003;
- Les laboratoires en 2003.

Il y a eu plusieurs travaux concernant la mécanique, les réfections de toitures et de fenêtres, le remplacement de finis intérieurs et des réparations diverses.

Les travaux de rénovation relèvent des budgets attribués aux maintiens des actifs lorsqu'il s'agit de l'usure des matériaux ou de mise aux normes relevant du Code national du bâtiment. Pour ce qui est des travaux de rénovation concernant les activités dans les locaux, ces travaux relèvent des programmes de rénovations fonctionnelles. Ces derniers font souvent l'objet de PFT et parfois, lorsque les orientations de l'établissement impliquent de nombreuses composantes, le PDCI vient préciser l'ampleur et la portée des projets. Certains aspects du bâtiment et certains projets ne sont pas spécifiquement inclus dans aucun de ces volets. Parmi ces projets, signalons les mesures d'économie d'énergie, ou encore les travaux de mises aux normes à caractère médical. Enfin, il y a parfois des projets spécifiques requis par le ministère pour l'ensemble des établissements. Parmi ceux-ci, signalons l'obligation des hôpitaux d'installer des chambres à pression négative sur les unités de soins et à l'urgence. Ces distinctions sont importantes, car elles ont un impact sur la coordination et la mise en place des différents projets. Très souvent, certains de ces projets se chevauchent.

Dans le cadre du PDCI - Volet 1, il a été décidé de concentrer les efforts sur les projets propres à l'Hôpital. Les raisons qui nous ont conduits à procéder ainsi sont nombreuses, en voici deux : les priorités sont connues et notre préoccupation compte tenu du temps requis pour présenter et monter les projets. C'est aussi à l'Hôpital où l'on rencontre le plus de problèmes de vétusté, malgré les efforts consacrés à son entretien.

Parmi les bâtiments du CSSS Baie des Chaleurs, l'Hôpital constitue le bâtiment le plus vieux, le plus achalandé et l'endroit où l'on rencontre le plus de difficultés à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en regard des problèmes architecturaux de ses installations.

Parmi ces problèmes de vétusté qui ne relèvent pas spécifiquement des projets de maintien des actifs ou de rénovation fonctionnelle, il y en a quelques-uns qui retiennent notre attention :

- La chaufferie à biomasse, projet en cours de 3 millions;
- La ventilation du bloc opératoire, projet estimé à 2 millions; et
- La ventilation et la climatisation de plusieurs zones.

Le coût de ce dernier projet n'a pas été établi. Les besoins sont toutefois croissants en matière de renouvellement d'air. L'augmentation des équipements de différentes natures sur les planchers, la faible isolation des murs, les augmentations de température suite aux changements climatiques, les marges de tolérance réduites concernant la température ambiante pour certains procédés (pharmacie, oncologie, laboratoire), ont eu pour impact de voir les unités de climatisations se multiplier aux fenêtres et aux murs (pompes à chaleurs). Cet accroissement n'est pas sans effet sur les systèmes mécaniques en place. Cet état des choses a aussi des conséquences sur le balancement des systèmes, sur les coûts d'énergie et sur les frais d'entretien. Il a des impacts sur la qualité des soins, tant par les problèmes liés à la température de l'air qu'à la qualité de l'air. En effet, les unités murales ne font que refroidir l'air ambiant tout en réduisant l'apport d'air neuf obtenu avec l'ouverture des fenêtres. À plus ou moins court terme, il sera requis de revoir l'ensemble de la mécanique de l'Hôpital, ou, à tout le moins, les systèmes de ventilation de plusieurs zones.

Il est possible d'en connaître davantage sur l'état des bâtiments en consultant le plan triennal du maintien des actifs. Concernant les aspects fonctionnels, la section quatre en donnera un portrait global.

3.4. Le tableau sommaire des superficies

Bâtiment	Superficie (m^2) Actuelle
1. *Hôpital de Maria*	16 316,0
2. *Centre d'hébergement de New Carlisle*	5 157,4
3. *Centre d'hébergement de Maria (Résidence St-Joseph)*	6 389,0
4. *CLSC de Paspébiac*	3 024,2
5. *CLSC et Centre d'hébergement Malauze à Matapédia*	3 471,4
6. *CLSC de Caplan*	1 346,4
7. *CLSC de St-Omer*	1 151,1
8. *CLSC de Pointe-à-la-croix*	506,2
9. *Unité de médecine familiale de Maria*	882,9
Total du CSSS de la Baie-des-Chaleurs	**38 244,6**

3.5. Présentation des bâtiments

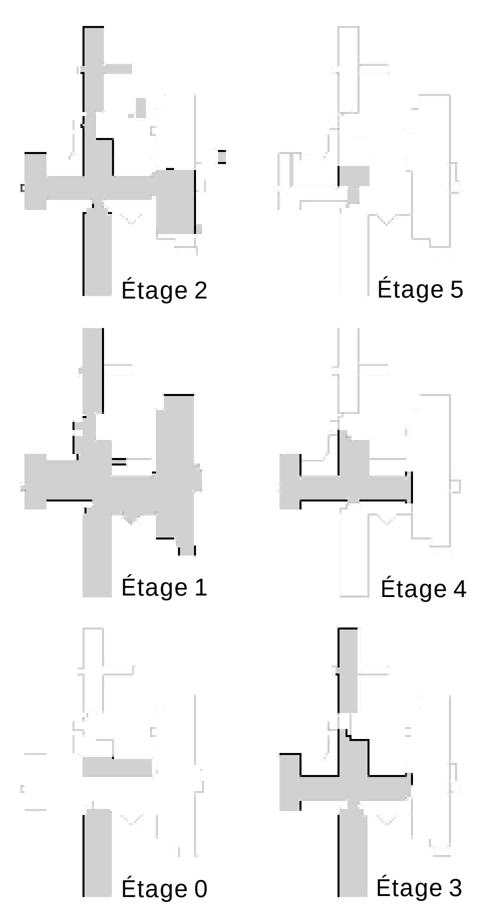
3.5.1. Hôpital de Maria (H)

Description physique:



Hôpital de Maria

Plans:



Année de construction:	1953
Nombre d'étages:	4
Superficie totale brute:	16 316,0 m²
Gicleurs:	6 %
Charpente:	Béton et acier
Climatisation:	Partielle
Génératrice:	1
Chauffage:	Eau chaude
Énergie:	Mazout
Ascenseur :	3
Parement ext.:	Briques et acier

Superficies:

Étage	Superficie m²	Superficie pi²
Sous-sol (0)	1 281,3	13 791,8
Rez-de-chaussée (1)	5 771,4	62 120,7
Étage 2	4 106,5	44 200,9
Étage 3	3 148,7	33 892,3
Étage 4	1 745,9	18 792,7
Étage 5	262,2	2 822,3
Total	**16 316,0**	**175 620,7**

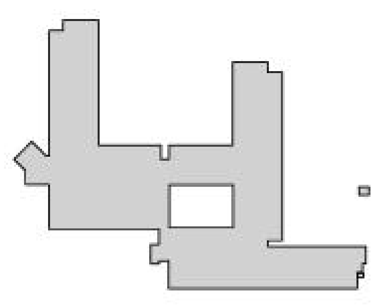
3.5.2. Le Centre d'hébergement de New Carlisle (CHNc)

Description physique:

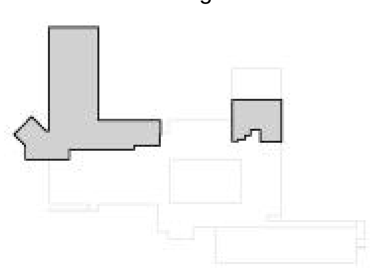


Centre d'hébergement de New-Carlisle

Plans:



Étage 1



Étage 0

Année de construction:	1977
Nombre d'étages:	1
Superficie totale brute:	5 157,4m²
Gicleurs:	100 %
Charpente:	Acier et béton
Climatisation:	Aucune
Génératrice:	1
Chauffage:	Eau chaude, élect.
Énergie:	Eau chaude, mazout
Ascenseur :	1
Parement ext.:	Acier émaillé

Superficies:

Étage	Superficie m²	Superficie pi²
Sous-sol (0)	1 523,1	16 394,5
Rez-de-chaussée (1)	3 634,3	39 119,3
Total	**5 157,4**	**55 513,8**

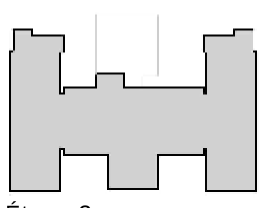
3.5.3. Le Centre d'hébergement de Maria (Résidence St-Joseph) (CHMa)

Description physique:

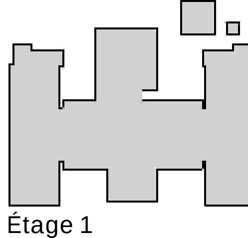


Centre d'hébergement de Maria

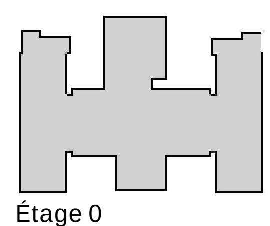
Plans:



Étage 2



Étage 1



Étage 0

Année de construction:	1963
Nombre d'étages:	2
Superficie totale brute:	6 388,9 m²
Gicleurs:	7 %
Charpente:	Acier et béton
Climatisation:	Partielle
Génératrice:	1
Chauffage:	Vapeur, électricité
Énergie:	Vapeur, mazout
Ascenseur :	1
Parement ext.:	Briques et stuc

Superficies:

Étage	Superficie m²	Superficie pi²
Sous-sol (0)	2 198,4	23 663,4
Rez-de-chaussée (1)	2 237,0	24 078,9
Étage 2	1 953,6	21 028,4
Total	**6 389,0**	**68 770,7**

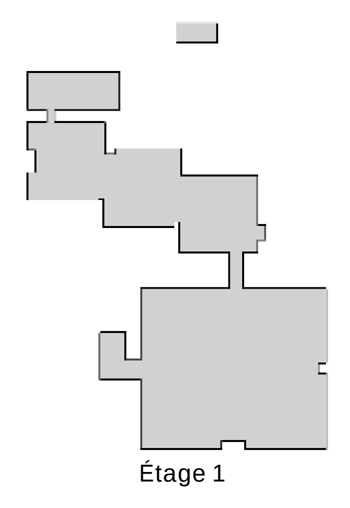
3.5.4. Le CLSC de Paspébiac (CLSCPb)

Description physique:



CLSC de Paspébiac

Plans:



Étage 1

Année de construction:	1974
Nombre d'étages:	1
Superficie totale brute:	3 024,2 m²
Gicleurs:	0 %
Charpente:	Béton
Climatisation:	Partielle
Génératrice:	0
Chauffage:	Plinthes
Énergie:	Électricité
Ascenseur :	0
Parement ext.:	Briques et aluminium

Superficies:

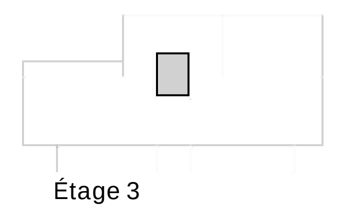
Étage	Superficie m²	Superficie pi²
Rez-de-chaussée (1)	3 024,2	32 552,2
Total	**3 024,2**	**32 552,2**

Description physique:

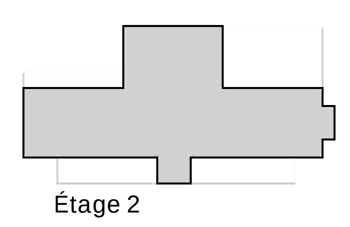


CLSC/Centre d'hébergement Malauze à Matapédia

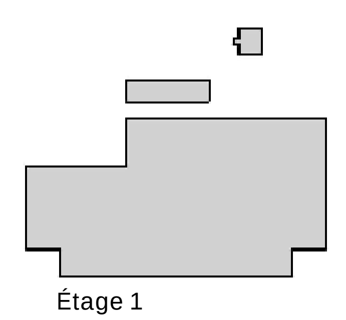
Plans:



Étage 3



Étage 2



Étage 1

Année de construction:	1977 *
Nombre d'étages:	2
Superficie totale brute:	3 471,3 m²
Gicleurs:	100 %
Charpente:	Acier
Climatisation:	Partielle
Génératrice:	1
Chauffage:	Plinthes
Énergie:	Électricité
Ascenseur :	1
Parement ext.:	Briques et acier

Superficies:

Étage	Superficie m²	Superficie pi²
Rez-de-chaussée (1)	2 012,0	21 656,9
Étage 2	1 386,3	14 922,0
Appentis (3)	73,0	785,8
Total	**3 471,3**	**37 364,7**

* Entièrement rénové et agrandi en 1995.

3.5.6. Le CLSC de Caplan (CLSCCa)

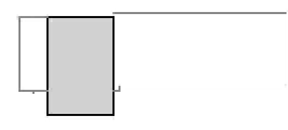
Description physique:



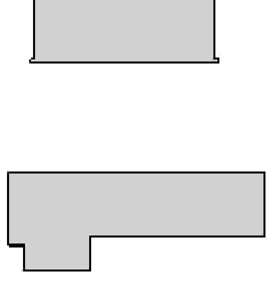
CLSC de Caplan

Plans:





Étage 2



Rez-de-chaussée

Année de construction:	2009
Nombre d'étages:	2
Superficie totale brute:	1 346,4 m²
Gicleurs:	0 %
Charpente:	Bois
Climatisation:	Oui
Génératrice:	1
Chauffage:	Plinthes
Énergie:	Électricité
Ascenseur :	0
Parement ext.:	Déclin de bois, panneau de stratifié pour ext.

Superficies:

Étage	Superficie m²	Superficie pi²
Rez-de-chaussée (1)	1 121,3	12 069,6
Étage 2	225,1	2 422,9
Total	**1 346,4**	**14 492,5**

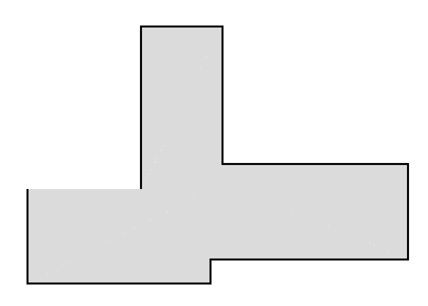
3.5.7. Le CLSC de Saint-Omer (CLSCSo)

Description physique:



CLSC de Saint-Omer

Plans:



Rez-de-chaussée

Année de construction:	1995
Nombre d'étages:	1
Superficie totale brute:	1 151,1 m²
Gicleurs:	0 %
Charpente:	Bois
Climatisation:	oui
Génératrice:	1
Chauffage:	Plinthes
Énergie:	Électricité
Ascenseur :	0
Parement ext.:	Revêtement de tôle

Superficies:

Étage	Superficie m²	Superficie pi²
Rez-de-chaussée (1)	1 151,1	12 390,3
Total	**1 151,1**	**12 390,3**

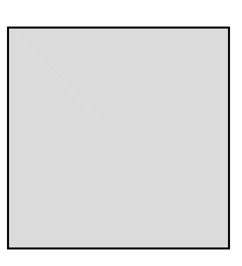
3.5.8. Le CLSC de Pointe-à-la-Croix (CLSCPc)

Description physique:



CLSC de Pointe-à-la-Croix

Plans:



Rez-de-chaussée

Année de construction:	2000
Nombre d'étages:	1
Superficie totale brute:	506,2 m²
Gicleurs:	0 %
Charpente:	Bois
Climatisation:	Oui
Génératrice:	0
Chauffage:	Plinthes
Énergie:	Électricité
Ascenseur :	0
Parement ext.:	Panneau de stratifié pour ext.

Superficies:

Étage	Superficie m²	Superficie pi²
Rez-de-chaussée (1)	506,2	5 449,2
Total	**506,2**	**5 449,2**

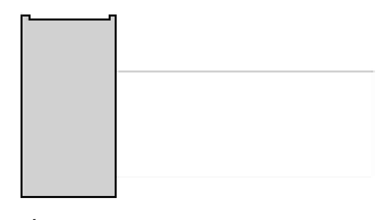
3.5.9. L’unité de médecine familiale de Maria (UMF)

Description physique:

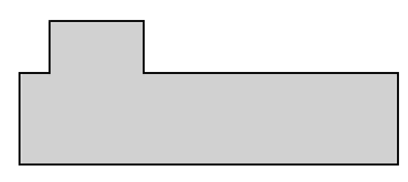


UMF de Maria

Plans:



Étage 2



Rez-de-chaussée

Année de construction:	2006
Nombre d’étages:	2
Superficie totale brute:	882,9 m²
Gicleurs:	0 %
Charpente:	Bois
Climatisation:	Oui
Génératrice:	1
Chauffage:	Plinthes
Énergie:	Électricité
Ascenseur :	0
Parement ext.:	Déclin de bois, fibro-ciment

Superficies:

Étage	Superficie m²	Superficie pi²
Rez-de-chaussée (1)	657,9	7 081,6
Étage 2	225,0	2 421,9
Total	**882,9**	**9 503,5**

3.6. La lecture des plans

Cette sous-section présente chaque bâtiment de l'établissement. Les plans présentés ont pour but de dresser le portrait de la répartition des services dans les neuf installations du CSSS de la Baie-des-Chaleurs. La mise à jour des plans indique l'emplacement, la nature et la superficie des services sur chaque étage.

La lecture des plans et des tableaux qui en découlent ne permet sans doute pas de comprendre le fonctionnement de l'établissement, mais permet de visualiser l'emplacement, la superficie, les regroupements, les proximités, les dispersions, l'étalement et l'importance relative des différents services.

3.7. Légende et calcul des superficies

- Tous les plans sont représentés à l'échelle 1 : 1 000. Ils ont aussi une échelle graphique. Cette représentation donne de justes proportions et autorise les comparaisons entre les différents bâtiments.
- Le sous-sol est identifié 0, le rez-de-chaussée est l'étage 1 et ainsi de suite pour les autres étages.
- Sur les plans, lorsque les services font partie du même secteur d'activités, mais sont de nature différente, ils ont été séparés par un trait pointillé jaune.
- Les superficies ont été calculées à partir des limites extérieures du bâtiment jusqu'aux centres des cloisons mitoyennes.
- Lorsqu'un seul service se situe entre les issues (escaliers), la superficie des corridors est calculée avec celle du secteur où le service se trouve. Lorsque plus d'un service se retrouvent entre les issues, la superficie des corridors est alors dans la circulation.
- Abréviations utilisées dans les tableaux et plans :

H :	Hôpital de Maria
CHNc :	Centre d'hébergement de New Carlisle
CHMa :	Centre d'hébergement de Maria (Résidence St-Joseph)
CLSCPb :	CLSC de Paspébiac
CLSCMz :	CLSC Malauze à Matapédia
CHMz :	Centre d'hébergement Malauze à Matapédia
CLSCCa :	CLSC de Caplan
CLSCSo :	CLSC de St-Omer
CLSCPc :	CLSC de Pointe-à-la-Croix
UMF :	Unité de médecine familiale de Maria

Les plans sont illustrés avec des sections de couleur. Il s'agit :

1. Des services ambulatoires;
2. Du plateau technique;
3. De l'hospitalisation et l'hébergement;
4. De la direction et les services administratifs;
5. Des services de support et d'hôtellerie;
6. Du vacant;
7. De la mécanique;
8. De la location; et
9. Des circulations.

Chaque secteur s'est vu attribué une couleur, qu'il conservera dans tout le PDCI. De façon plus détaillée, voici les services que l'on retrouve dans chacun de ces secteurs. Il s'agit essentiellement du même regroupement des activités cliniques présenté à la section précédente.

1. Services ambulatoires

- Cliniques externes;
- Urgence;
- Médecine de jour;
- Chirurgie d'un jour;
- Oncologie;
- Endoscopie/colonoscopie;
- Services généraux de réadaptation;
- Bureaux de médecins et des professionnels;
- Unité de médecine familiale (U.M.F.);
- CLSC;
- Soutien à domicile.

2. Plateau technique

- Imagerie médicale;
- Laboratoires/prélèvements;
- Pharmacie;
- Génie bio-médical;
- Inhalothérapie/électrophysiologie;
- Bloc opératoire;
- Stérilisation.

3. Hospitalisation/Hébergement

- Soins intensifs;
- Santé mentale;
- Unités de médecine, chirurgie, pédiatrie;
- Maternité, obstétrique, pouponnière;
- Centre d'hébergement.

4. Directions et services administratifs

- Salles de conférence;
- Laboratoires informatiques;
- Service à la clientèle;
- Services de gestion;
- Bureaux de direction;
- Services santé;
- Bureaux de la liste de rappel;
- Archives;

5. Services de support et d'hôtellerie

- Entrepôts/dépôts;
- Hôtellerie, cafétéria;
- Entretien sanitaire;
- Magasin;
- W.C. et utilités;
- Ateliers;
- Buanderie;
- Approvisionnement;
- Vestiaires.

6. Vacant

Non-applicable.

7. Mécanique

« Ensemble des équipements et des services installés dans un bâtiment, qui comprend notamment la ventilation, le chauffage, la climatisation, la plomberie et la production d'eau chaude [...] ».

- Chaufferie;
- Locaux des systèmes de ventilation;
- Locaux de gicleurs;

8. Location

Espaces loués par des organismes indépendants à l'établissement.

9. Circulation

- Corridors;
- Ascenseurs;
- Issues.

3.8. Résultat

Malgré les efforts pour produire un document fiable, l'identification des locaux, des secteurs d'activités et des superficies rencontre certaines limites. L'hôpital est vivant. Les arrivées, les départs et les variations d'activités entraînent des occupations d'espace marginales variables. Par conséquent, pour quelques locaux, le portrait donné sur les dessins et les tableaux peut différer, dans une faible mesure, de ce que l'on observe sur place d'un mois à l'autre.

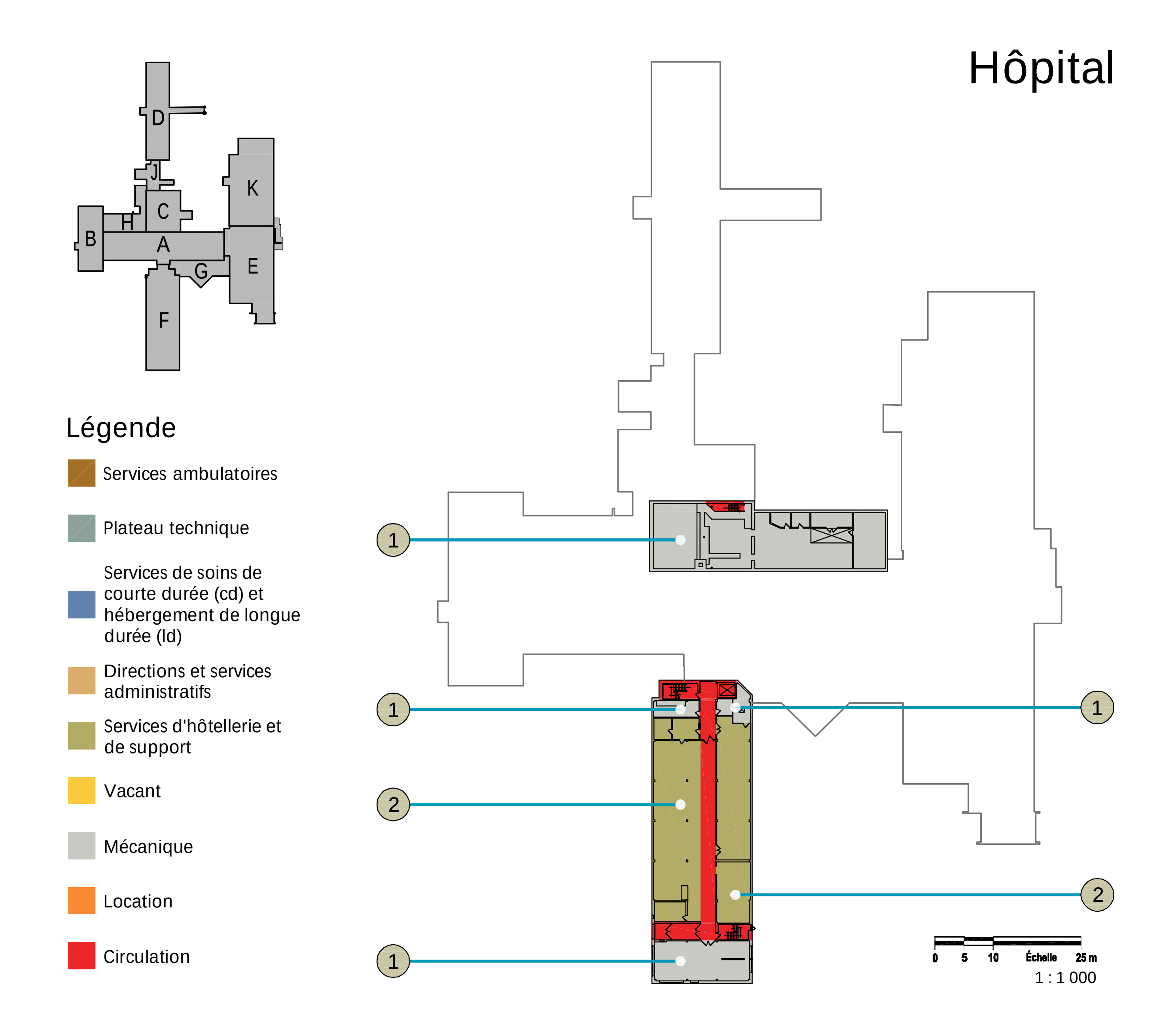
Les activités d'hôtellerie, les activités de support technique et les services administratifs doivent également faire l'objet d'analyse dans le cadre du PDCI. Par ailleurs, les espaces de circulation et les espaces vacants sont traités dans le cadre de la planification immobilière au même titre que les autres éléments essentiels liés, par exemple, à la mécanique du bâtiment.

En ce qui concerne les services administratifs, il s'agit des activités et des services qui ont trait à la gestion et à l'administration de l'établissement. Toutefois, il faut noter que les espaces alloués aux salles de rencontres ont un impact de plus en plus important sur le déroulement des activités cliniques puisqu'ils sont utilisés pour les rencontres d'équipes interdisciplinaires et pour la formation dans le cadre de l'organisation apprenante.

3.9. Les plans existants

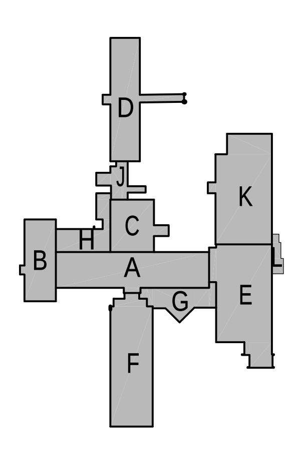
Table des matières

Hôpital



Superficies

		m ²
1	Mécanique	597,0
2	Entrepôt, distribution, bur.,dép.	481,9
3	Circulation	202,4
	Total étage	1 281,3



Hôpital

Légende

- Services ambulatoires
- Plateau technique
- Services de soins de courte durée (cd) et hébergement de longue durée (ld)
- Directions et services administratifs
- Services d'hôtellerie et de support
- Vacant
- Mécanique
- Location
- Circulation

ORL/Audio

ORL/Audio

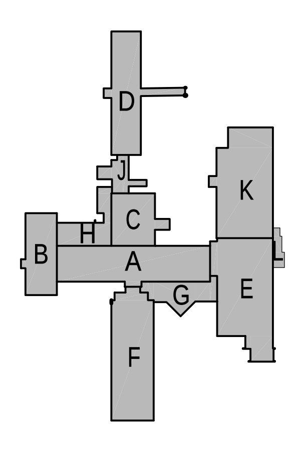
0 5 10 Échelle 25 m

1 : 1 000

Superficies

		m ²
1	Imagerie médicale	1 114,1
2	Urgence	505,5
3	Mécanique	352,1
4	Cuisine, cafétéria	532,2
5	Cliniques externes	145,0
6	Syndicats	36,3
7	Bureaux, admin., accueil	265,8
8	CHSLD	796,7
9	Bureau technicien, diététique	41,4
10	Buanderie,ent.,atelier,dépôt	590,2
11	Vestiaires, w.c., utilités	170,6
12	Archives	120,5
13	Salon, chambre médecins	141,1
14	Boutique et bureaux divers	69,9
15	Circulation	890,0
	Total étage	5 771,4

Hôpital



Légende

- Services ambulatoires
- Plateau technique
- Services de soins de courte durée (cd) et hébergement de longue durée (ld)
- Directions et services administratifs
- Services d'hôtellerie et de support
- Vacant
- Mécanique
- Location
- Circulation

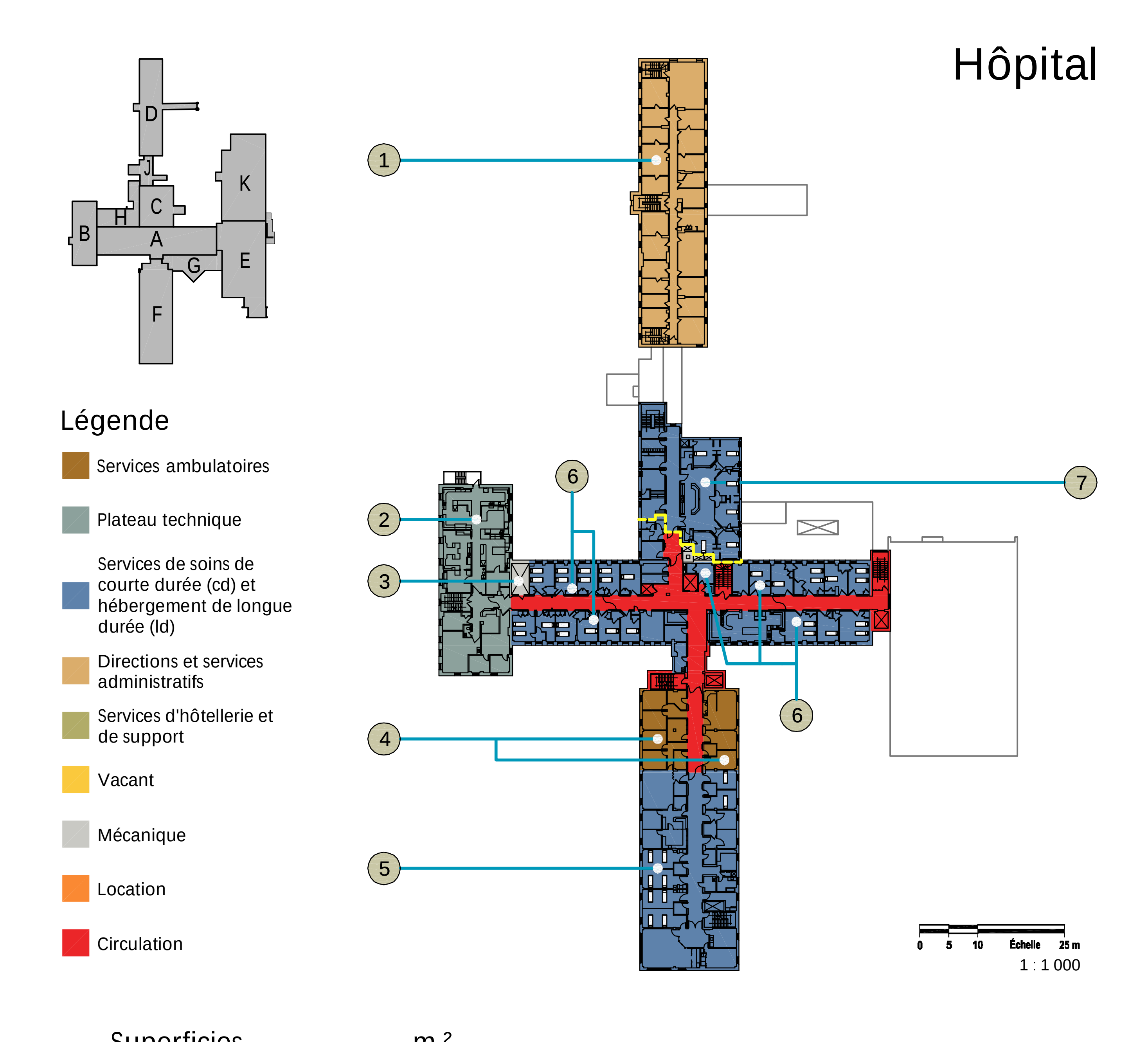
Ophtalmologie
Dermatologie/urologie
Électrophysiologie
Électro.
Inhalothérapie

Échelle 0 5 10 25 m
1 : 1 000

Superficies

		m ²
1	Cliniques ext,bur. med,réunion	760,5
2	Inhalothérapie/électro	156,9
3	Entretien, pasto., W.C., dépôt	140,7
4	Bureaux Fondation du CHBC	23,7
5	Service de santé et de sécurité	48,1
6	Physio/ergo	427,5
7	Génie bio-médical	94,7
8	Bloc opératoire	545,6
9	Gynéco., maternité, obsté.	547,3
10	Mécanique	23,4
11	Administration, comptabilité	72,0
12	Stérilisation	97,8
13	Pharmacie	138,0
14	Chirurgie d'un jour	116,8
15	Archives	183,9
16	Circulation	729,6
	Total étage	4 106,5

Hôpital



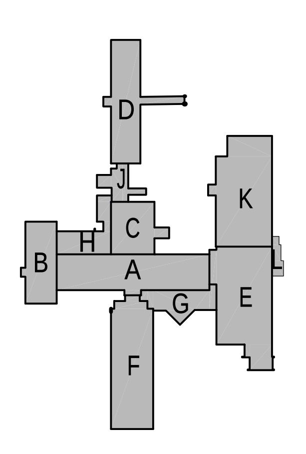
Légende

- Services ambulatoires
- Plateau technique
- Services de soins de courte durée (cd) et hébergement de longue durée (ld)
- Directions et services administratifs
- Services d'hôtellerie et de support
- Vacant
- Mécanique
- Location
- Circulation

Superficies

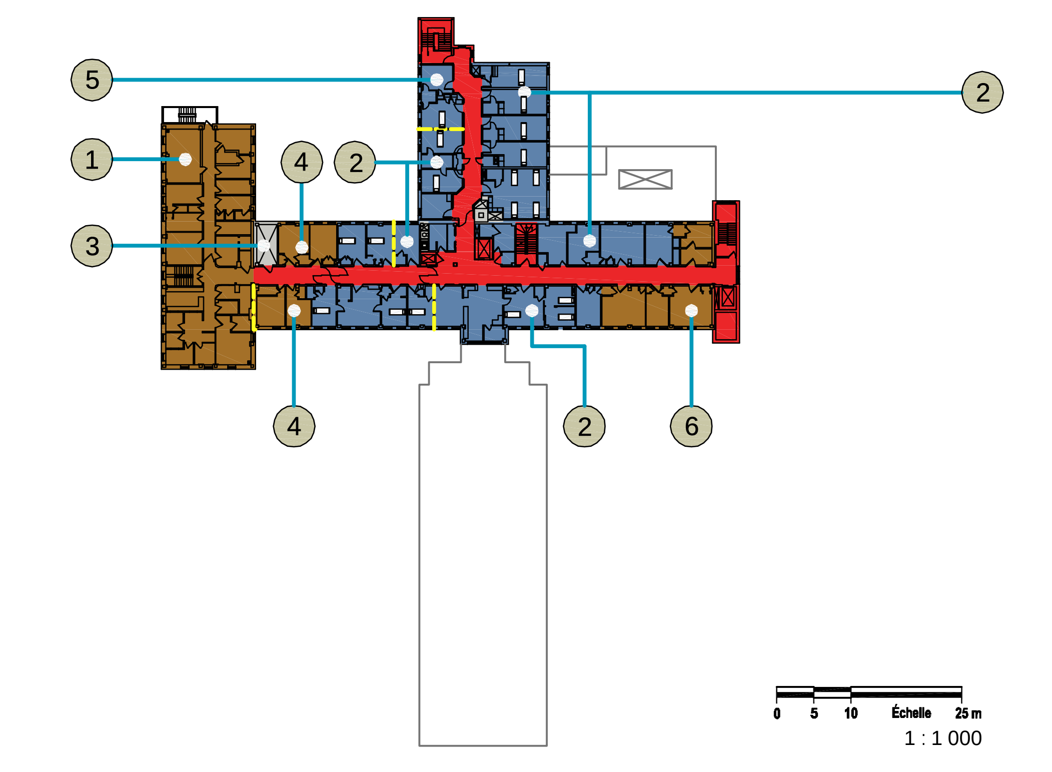
	Superficies	m ²
1	Services administratifs	570,3
2	Laboratoires	399,0
3	Mécanique	29,4
4	Cliniques ext. santé mentale	191,3
5	Hospit. santé mentale	568,2
6	Unité médecine courte durée	663,1
7	Soins intensifs	342,1
8	Circulation	385,3
	Total étage	3 148,7

Hôpital



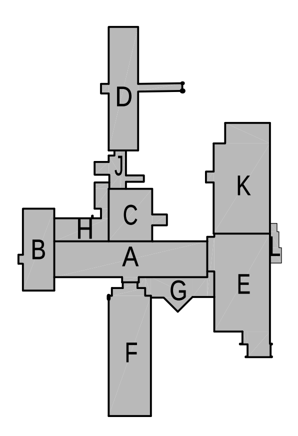
Légende

- Services ambulatoires
- Plateau technique
- Services de soins de courte durée (cd) et hébergement de longue durée (ld)
- Directions et services administratifs
- Services d'hôtellerie et de support
- Vacant
- Mécanique
- Location
- Circulation



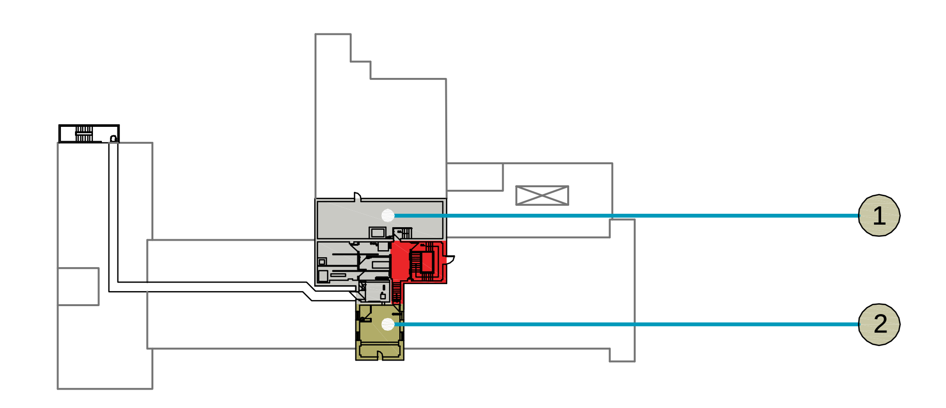
Superficies	m ²
1 Médecine de jour	401,2
2 Unité de chirurgie	554,7
3 Mécanique	31,6
4 Pédiatrie	229,6
5 Soins palliatifs	45,0
6 Oncologie	115,5
7 Circulation	368,2
Total étage	1 745,8

Hôpital



Légende

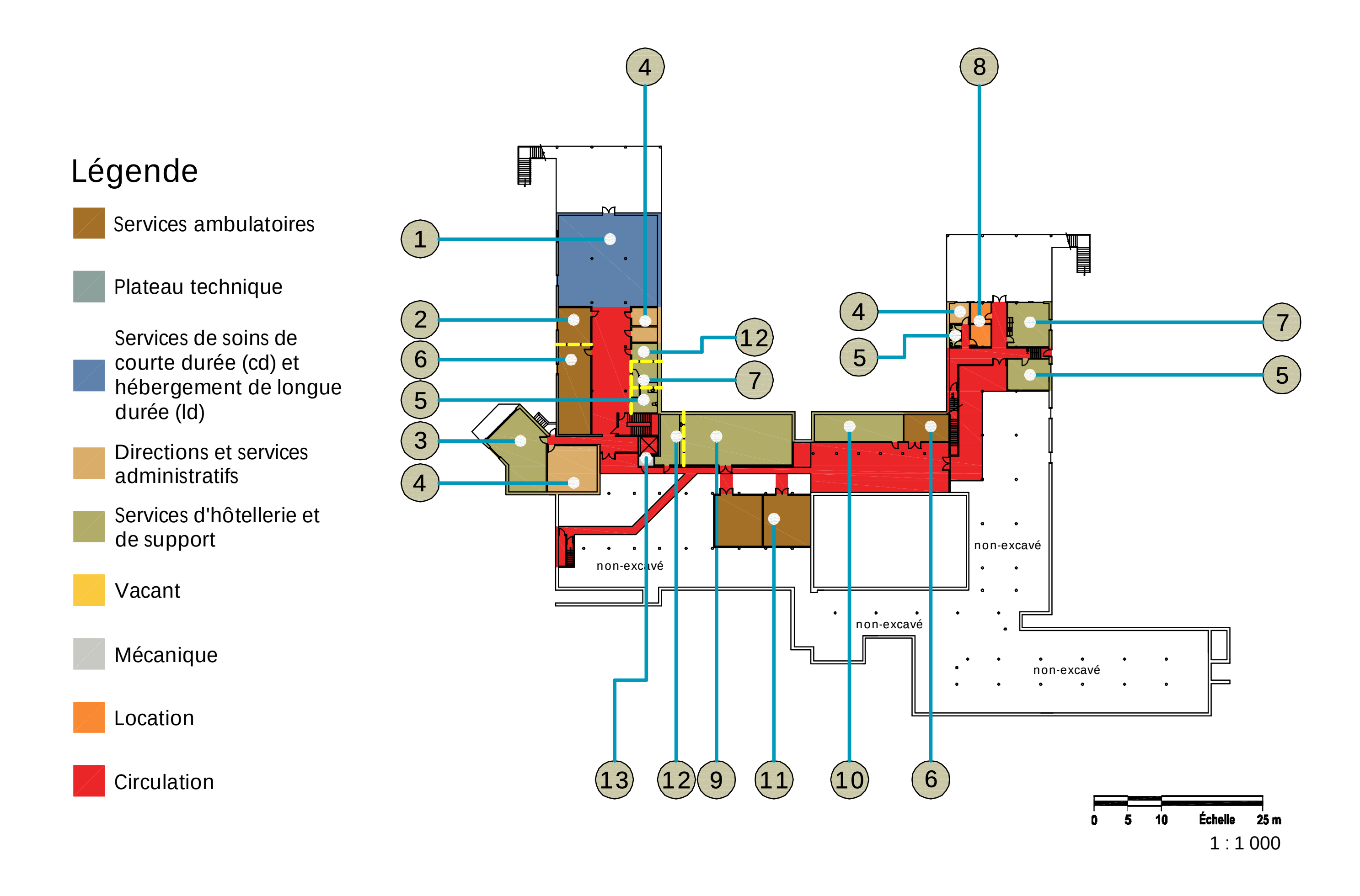
- Services ambulatoires
- Plateau technique
- Services de soins de courte durée (cd) et hébergement de longue durée (ld)
- Directions et services administratifs
- Services d'hôtellerie et de support
- Vacant
- Mécanique
- Location
- Circulation



0 5 10 Échelle 25 m
1 : 1 000

Superficies	m ²
1 Mécanique	168,7
2 Rangement	46,7
3 Circulation	46,8
Total étage	262,2

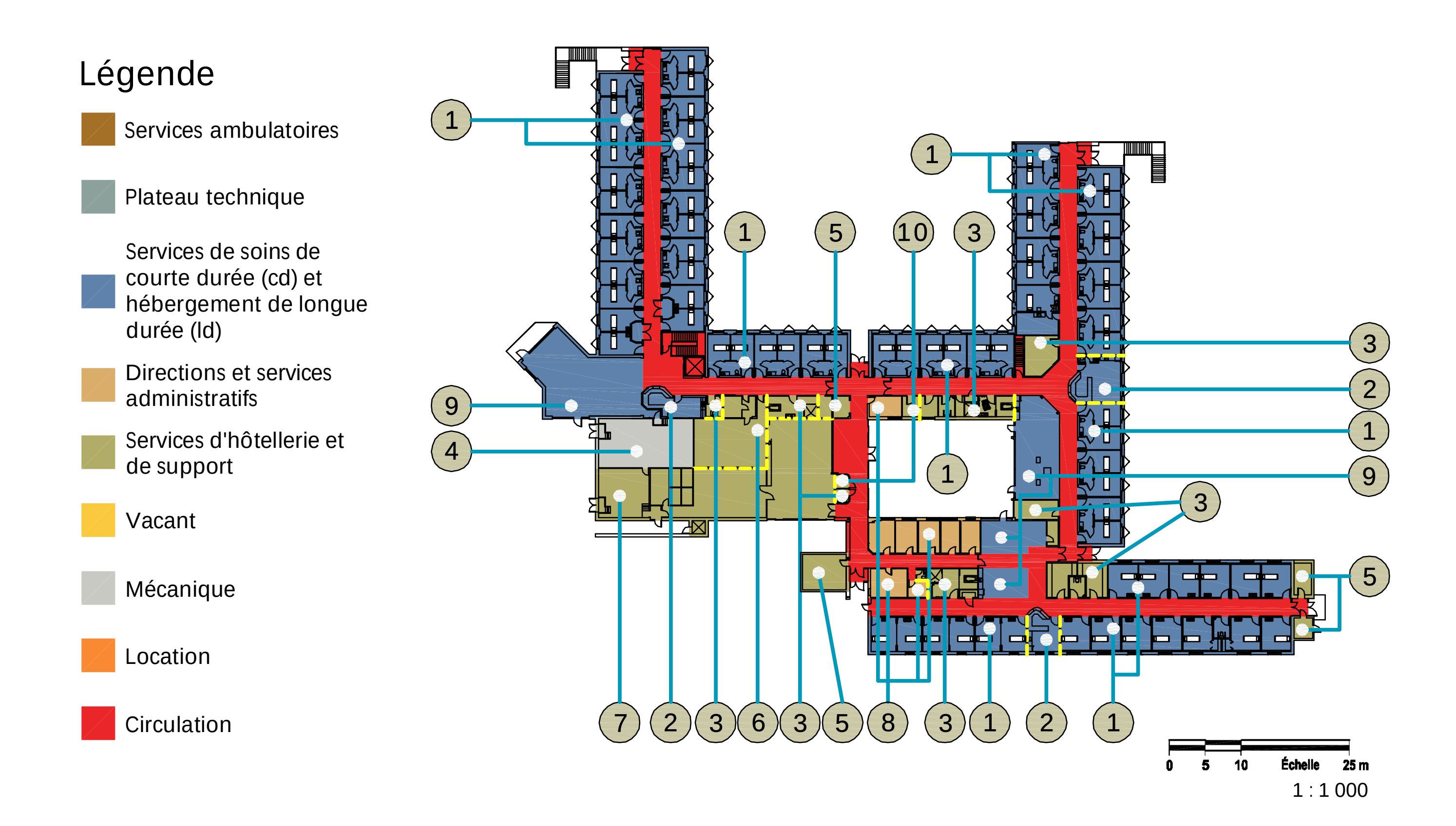
Centre d'hébergement de New Carlisle



Superficies

	m²
1 Salon, cinéma	206,9
2 Travailleuse sociale	27,6
3 Atelier	79,8
4 Administration	88,2
5 Vestiaires, W. C.	52,9
6 Physio/Ergo, réadaptation	96,6
7 Salle de pause, coiffure	59,0
8 Syndicat	20,6
9 Entrepôt, dépôt	123,8
10 Archives médicales	58,3
11 Soutien à domicile	107,6
12 Entretien ménager	40,6
13 Mécanique ascenseur	3,3
14 Circulation	557,9
Total étage	1 523,1

Centre d'hébergement de New Carlisle



Superficies

		m ²
1	Chambres	1 591,5
2	Postes	95,2
3	Utilités, salles de bain, W.C.	191,9
4	Mécanique	91,0
5	Dépôts, déchets, chapelle	72,5
6	Buanderie	85,2
7	Cuisine et salle à dîner	297,0
8	Administration	117,3
9	Salon / salle à manger	298,8
10	Entretien ménager	11,7
11	Circulation	782,2
	Total étage	3 634,3

966-Plans CHSLD New Carlisle existants

Centre d'hébergement de Maria
(Résidence St-Joseph)

Légende

- Services ambulatoires
- Plateau technique
- Services de soins de courte durée (cd) et hébergement de longue durée (ld)
- Directions et services administratifs
- Services d'hôtellerie et de support
- Vacant
- Mécanique
- Location
- Circulation

Échelle 0 5 10 25 m

1 : 1 000

Superficies

	Superficies	m²
1	Cuisine, cafétéria, salle à dîner	525,2
2	Salles de pause	58,2
3	Coiffeuse, ateliers, dépôts	224,4
4	Vestiaires et w.c.	51,8
5	Buanderie	79,5
6	Mécanique	206,5
7	Comité des résidents	18,4
8	Syndicat	7,7
9	Centre de réadaptation	497,4
10	Centre de jour	267,6
11	Circulation	261,7
	Total étage	2 198,4

Centre d'hébergement de Maria
(Résidence St-Joseph)



Légende

- Services ambulatoires
- Plateau technique
- Services de soins de courte durée (cd) et hébergement de longue durée (ld)
- Directions et services administratifs
- Services d'hôtellerie et de support
- Vacant
- Mécanique
- Location
- Circulation

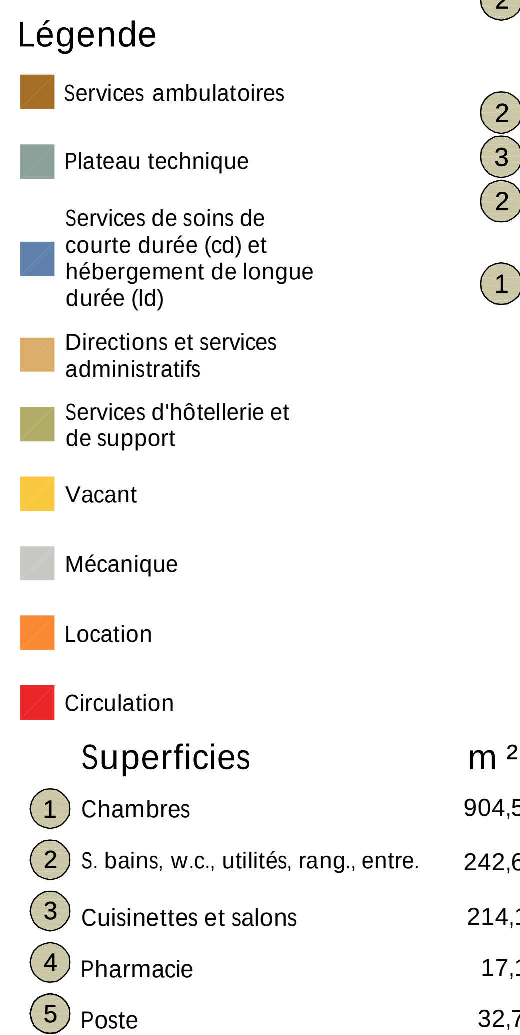
0 5 10 Échelle 25 m

1 : 1 000

Superficies

	Superficies	m ²
1	Chambres	976,0
2	S. bains, w.c., utilités, rang., entre.	190,3
3	Cuisinettes et salons	332,2
4	Administration et accueil	117,1
5	Pharmacie	23,3
6	Chambre palliative	23,8
7	Poste	26,3
9	Circulation	548,0
	Total étage	2 237,0

Centre d'hébergement de Maria
(Résidence St-Joseph)



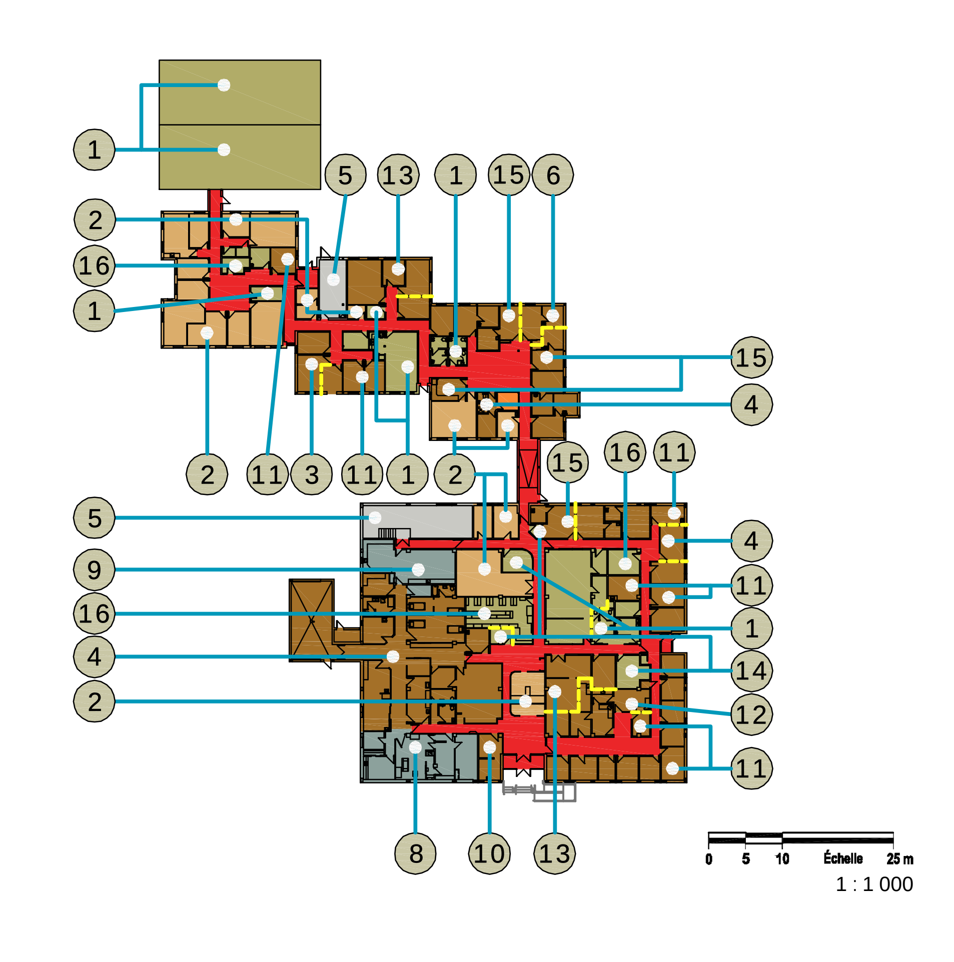
Légende

- Services ambulatoires
- Plateau technique
- Services de soins de courte durée (cd) et hébergement de longue durée (ld)
- Directions et services administratifs
- Services d'hôtellerie et de support
- Vacant
- Mécanique
- Location
- Circulation

0 5 10 Échelle 25 m
1 : 1 000

Superficies	m ²
1 Chambres	904,5
2 S. bains, w.c., utilités, rang., entre.	242,6
3 Cuisinettes et salons	214,1
4 Pharmacie	17,1
5 Poste	32,7
6 Circulation	542,6
Total étage	1 953,6

CLSC de Paspébiac





- Services ambulatoires
- Plateau technique
- Services de soins de courte durée (cd) et hébergement de longue durée (ld)
- Directions et services administratifs
- Services d'hôtellerie et de support
- Vacant
- Mécanique
- Location
- Circulation

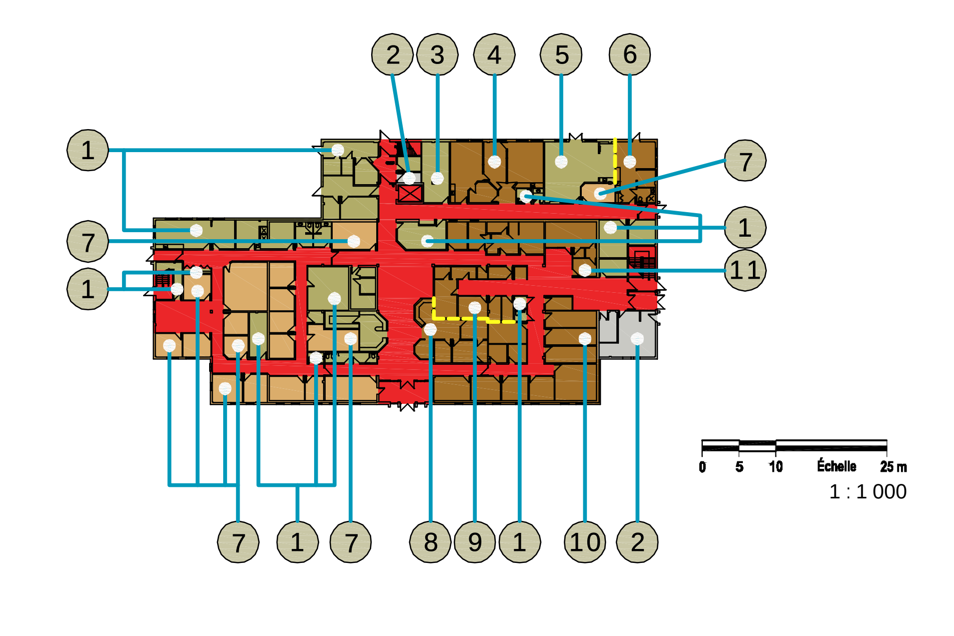
Superficies

	Superficies	m ²
1	Accueil, salle de pause, w.c., biblio., dépôt, roulotte	495,6
2	Admin., comptabilité, s.réunion, serveur	367,9
3	Réadaptation physique	33,2
4	Urgence	423,1
5	Mécanique	101,5
6	Planning familial	25,0
7	Syndicat	7,2
8	Radiologie	104,2
9	Laboratoires	64,3
10	Prélèvement	21,3
11	Psycho.,rel. humaine, inf.jeun.	291,4
12	Dentisterie	61,8
13	Soutien à domicile	115,6
14	Entretien sanitaire	28,4
15	Cliniques ext., vaccination, bureau medecins	185,0
16	Archives, filmo et repro	170,2
17	Circulation	528,5
	Total étage	3 024,2

CLSC Malauze de Matapédia

Légende

- Services ambulatoires
- Plateau technique
- Services de soins de courte durée (cd) et hébergement de longue durée (ld)
- Directions et services administratifs
- Services d'hôtellerie et de support
- Vacant
- Mécanique
- Location
- Circulation



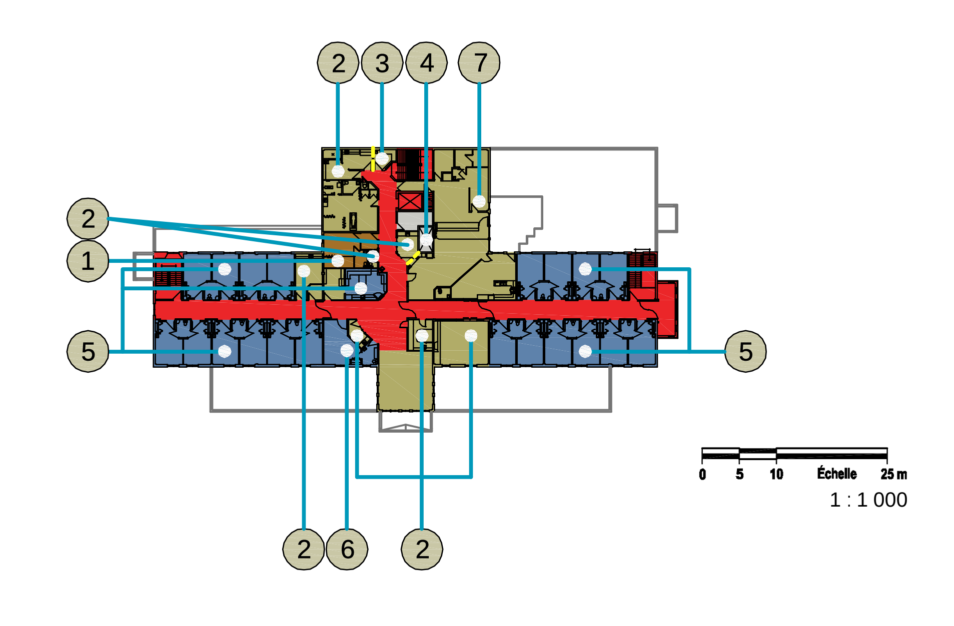
Superficies

		m ²
1	Vestiaires, s.repos, dépôt, archives, accueil, w.c.,	386,4
2	Mécanique	55,5
3	Entretien ménager	38,0
4	Physio/ergo	97,7
5	Salle de séjour	67,5
6	Unité de vie familiale	47,0
7	Admin., comptabilité, s.réunion	287,6
8	Dentisterie	60,7
9	Bureaux divers	89.8
10	Bureaux divers	149,6
11	Bureaux divers	96,2
12	Circulation	636,0
	Total étage	2 012,0

Centre d'hébergement Malauze de Matapédia

Légende

- Services ambulatoires
- Plateau technique
- Services de soins de courte durée (cd) et hébergement de longue durée (ld)
- Directions et services administratifs
- Services d'hôtellerie et de support
- Vacant
- Mécanique
- Location
- Circulation



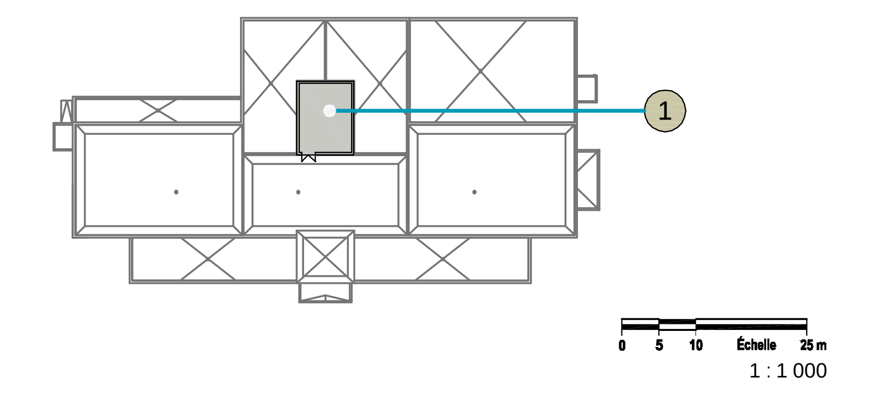
Superficies

	Superficies	m²
1	Bureau et salle d'examen	32,0
2	W.c.,salons,dépôt,utilité,coiffeuse, buanderie	255,1
3	Entretien ménager	7,9
4	Mécanique	18,5
5	Chambres et poste (CHSLD)	491,2
6	Chambre palliative	33,5
7	Cuisine et salle à manger	201,2
8	Circulation	346,9
	Total étage	1 386,3

CLSC et Centre d'hébergement Malauze de Matapédia

Légende

- Services ambulatoires
- Plateau technique
- Services de soins de courte durée (cd) et hébergement de longue durée (ld)
- Directions et services administratifs
- Services d'hôtellerie et de support
- Vacant
- Mécanique
- Location
- Circulation



Superficies	m ²
(1) Mécanique	73,0
Total étage	73,0

CLSC de Caplan

6

3 4 1 4 5 1

3 2 1

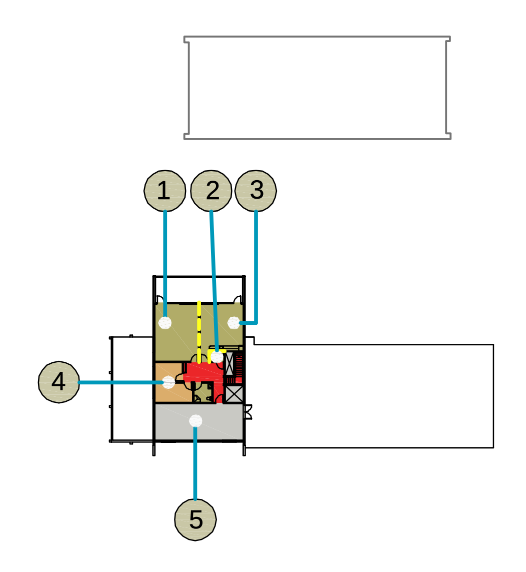
Échelle 0 5 10 25 m
1 : 1 000

Légende

- Services ambulatoires
- Plateau technique
- Services de soins de courte durée (cd) et hébergement de longue durée (ld)
- Directions et services administratifs
- Services d'hôtellerie et de support
- Vacant
- Mécanique
- Location
- Circulation

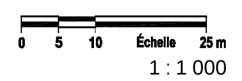
Superficies	m ²
1 Bureaux de médecins	371,4
2 Reprographie, courrier	62,1
3 Salle d'attente A et B	37,5
4 W.C., utilités	43,3
5 Entretien ménager	11,4
6 Santé communautaire	460,5
7 Circulation	135,1
Total étage	1 121,3

CLSC de Caplan



Légende

- Services ambulatoires
- Plateau technique
- Services de soins de courte durée (cd) et hébergement de longue durée (ld)
- Directions et services administratifs
- Services d'hôtellerie et de support
- Vacant
- Mécanique
- Location
- Circulation



1 : 1 000

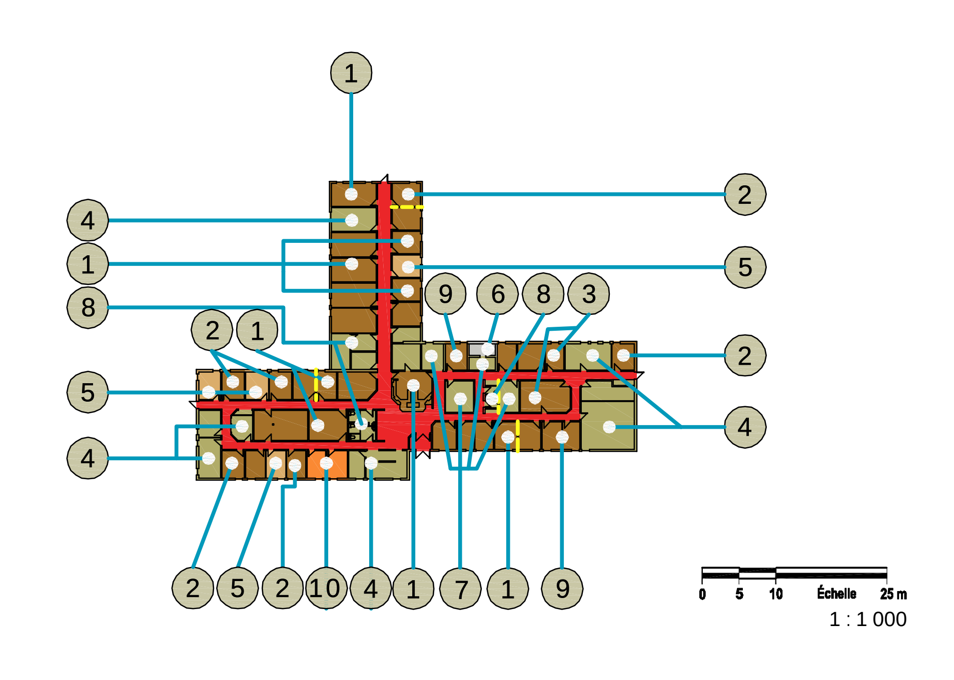
	Superficies	m ²
1	Salle de formation et de documentation	48,3
2	Entretien ménager	2,8
3	Salle de repos	41,1
4	Bureau administratif	25,4
5	Salle mécanique et électricité	80,1
6	Circulation	27,4
	Total étage	225,1

966-CLSC Caplan existant

CLSC de St-Omer
(location)

Légende

- Services ambulatoires
- Plateau technique
- Services de soins de courte durée (cd) et hébergement de longue durée (ld)
- Directions et services administratifs
- Services d'hôtellerie et de support
- Vacant
- Mécanique
- Location
- Circulation

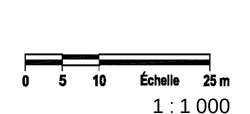


	Superficies	m ²
1	Médecins, infirmières, nutrition, prélèv., traiement, hyg.travail	311,8
2	Psychologue, sexologue, T.S., inf. scolaire	99,3
3	Soutien à domicile	63,5
4	Salles polyvalentes, salle de conférence	188,7
5	Agents relation humaine et bureaux	49,7
6	Mécanique (salle élect.)	7,4
7	Archives, informatique, entretien ménager	70,8
8	W.C., utilité propre, utilité souillée	55,1
9	Réadaptation, ergo.	45,3
10	Centre jeunesse	22,1
11	Circulation	237,4
	Total étage	1 151,1

CLSC de Pointe-à-la-Croix
(location)

Légende

- Services ambulatoires
- Plateau technique
- Services de soins de courte durée (cd) et hébergement de longue durée (ld)
- Directions et services administratifs
- Services d'hôtellerie et de support
- Vacant
- Mécanique
- Location
- Circulation



	Superficies	m ²
1	Médecins, infirmières, audio, traitements, prélèvements	219,7
2	W.C. , utilité propre, utilité souillée	36,2
3	Rangement, ent.ménager, repos, photocopie	66,0
4	Salle de conférence, attente, communication, archives	76,3
5	Circulation	108,0
	Total étage	506,2

Unité de médecine familiale de Maria

Légende

- Services ambulatoires
- Plateau technique
- Services de soins de courte durée (cd) et hébergement de longue durée (ld)
- Directions et services administratifs
- Services d'hôtellerie et de support
- Vacant
- Mécanique
- Location
- Circulation

Superficies

	Superficies	m²
1	Bureaux de médecins	319,9
2	Bureaux des infirmières	40,6
3	Salle d'attente adultes	16,9
4	Salle de jeux	12,3
5	W.C.	18,2
6	Entretien ménager	3,9
7	Salle mécanique	5,4
8	Réception, adjointe admin.	32,6
9	Archives/salle courrier et chariots, dépôt	43,4
10	Chirurgie	14,6
11	Circulation	150,1
	Total étage	657,9

Unité de médecine familiale de Maria

Légende

- Services ambulatoires
- Plateau technique
- Services de soins de courte durée (cd) et hébergement de longue durée (ld)
- Directions et services administratifs
- Services d'hôtellerie et de support
- Vacant
- Mécanique
- Location
- Circulation

Superficies		m ²
1	Salle électromécanique	65,3
2	Vestiaire	15,4
3	Salle informatique	10,0
4	Salle de formation et de documentation	68,4
5	Salle de repos	28,1
6	W.C.	6,2
7	Circulation	31,6
	Total étage	225,0

3.10. Les superficies actuelles

Secteur	Emplacement actuel – Étage	Emplacement actuel – Bâtiment	Superficie (m^2) – Actuelle
1. Services ambulatoires			**6 993,8**
1.1 Activités ambulatoires			6 065,2
Médecine de jour	4	H	401,2
Cliniques externes	1	H	186,4
	2	H	760,5
Santé mentale	3	H	191,3
Pédiatrie	4	H	89,4
Ortho,diététique,hyg.dentaire,générales,vacc.,bu	1	CLSCPb	185,0
Prélèvement	1	CLSCPb	21,3
Salle d'examen et bureau médecin	2	CHMz	32,0
	1	CLSCSo	311,8
	1	CLSCPc	219,7
Santé communautaire	1	CLSCCa	460,5
Oncologie	4	H	115,5
Centre de jour	0	CHMa	267,6
Réadaptation physique (physio/ergo)	2	H	427,5
	0	CHNc	96,6
	1	CLSCPb	33,2
	1	CLSCMz	97,7
	1	CLSCSo	45,3
Planning familial	1	CLSCPb	25,0
Bureaux divers	1	CLSCMz	96,2
	1	CLSCMz	149,6
	1	CLSCMz	89,8
Réadaptation longue durée	1	CLSCPb	61,8
	1	CLSCMz	60,7
Salon et chambre des médecins	1	H	141,1
Unité de vie familiale	1	CLSCMz	47,0
	1	UMF	319,9
	1	CLSCCa	371,4
Bureaux des infirmières	1	UMF	40,6
Bureaux de chirurgie	1	UMF	14,6
Soutien à domicile	0	CHNc	107,6
	1	CLSCPb	115,6
	1	CLSCSo	63,5
Travailleurs(euses) sociales/psycho./intervenants(es)	0	CHNc	27,6
	1	CLSCPb	291,4
	1	CLSCSo	99,3
1.2 Urgence			928,6
Urgence et courte durée	1	H	505,5
	1	CLSCPb	423,1
2. Plateau technique			**2 871,8**
2.1 Services diagnostiques et thérapeutiques			2 871,8
Bloc opératoire	2	H	545,6
Imagerie médicale	1	H	1 114,1

	Radiologie	1	CLSCPb	104,2
	Pharmacie	2	H	138,0
		1	CHMa	23,3
		2	CHMa	17,1
	Génie biomédical	2	H	94,7
	Laboratoires	3	H	399,0
		1	CLSCPb	64,3
	Stérilisation	2	H	97,8
	Inhalothérapie/électrophysiologie	2	H	156,9
	Chirurgie d'un jour	2	H	116,8
3.	**Hospitalisation et hébergement**			**8 551,9**
3.1	Unité de médecine	3	H	663,1
	Unité de chirurgie	4	H	554,8
	Unité de soins intensifs	3	H	342,1
	Unité de pédiatrie	4	H	140,2
	Maternité/gynécologie/obstétrique	2	H	547,3
	Santé mentale	3	H	568,2
	Soins palliatifs	4	H	45,0
		1	CHMa	23,8
		2	CHMz	33,5
	Poste de garde	1	CHNc	95,2
		1	CHMa	26,3
		2	CHMa	32,7
3.2	Centre Hospitalier de Soins longue durée	1	H	796,7
	Salon/cinéma/séjour	0	CHNc	206,9
	Chambres	1	CHNc	1 591,5
3.3	Unité de gériatrie active	1	CHNc	298,8
	Chambres	1	CHMa	976,0
	Chambres	2	CHMa	904,5
	Cuisinettes et salons	2	CHMa	214,1
	Chambres et postes	2	CHMz	491,2
4.	**Directions et services administratifs**			**2 388,5**
4.1	Bureaux de la fondation de l'Hôpital	2	H	23,7
4.2	Service de la santé et de la sécurité	2	H	48,1
4.3	Administration/comptabilité/accueil	1	H	265,8
		2	H	72,0
		3	H	570,3
		0	CHNc	88,2
		1	CHNc	117,3
	Cuisinettes et salons	1	CHMa	117,1
		1	CLSCPb	367,9
		1	CLSCMz	287,6
		1	UMF	32,6
		2	CLSCCa	25,4
4.4	Comité des résidents	0	CHMa	18,4
4.5	Relation humaine et bureaux	1	CLSCSo	49,7
5.5	Archives	1	H	120,5
		2	H	183,9

5.	Services de support et d'hôtellerie			7 421,9
5.1	Dépôt/entreposage	0	H	481,9
		1	H	98,0
		2	H	47,5
		5	H	46,7
		0	CHNc	123,8
		1	CHNc	72,5
		0	CHMa	75,0
		1	CLSCPb	25,5
		1	CLSCMz	154,3
		2	CHMz	23,1
		1	CLSCPc	13,1
5.,2	Coiffure et pastorale	2	H	63,7
		0	CHNc	16,3
		0	CHMa	23,9
		2	CHMz	10,4
5.3	Cuisine/cafétéria	1	H	532,2
		1	CHNc	297,0
		0	CHMa	525,2
		2	CHMz	201,2
5.4	Vestiaires	1	H	170,6
		0	CHNc	29,8
		0	CHMa	51,8
		1	CLSCMz	32,5
		2	UMF	15,4
5.5	Filmo./repro./biblio./form./attente/jeux	0	CHNc	58,3
	Salle conférence/salle polyvalente/informatique	1	CLSCPb	170,2
		1	CLSCMz	29,5
		1	UMF	72,6
		2	UMF	68,4
		1	CLSCCa	99,6
		2	CLSCCa	48,3
		1	CLSCSo	243,3
		1	CLSCPc	81,0
5.6	Entretien sanitaire	1	H	34,2
		2	H	11,8
		0	CHNc	40,6
		1	CHNc	11,7
		1	CLSCPb	28,4
		1	CLSCMz	38,0
		2	CHMz	7,9
		1	UMF	3,9
		1	CLSCCa	11,4
		2	CLSCCa	2,8
		1	CLSCSo	16,2
		1	CLSCPc	21,3
5.7	Buanderie	1	H	284,5
		1	CHNc	85,2
		0	CHMa	79,5
		2	CHMz	27,0
5.8	Serveur informatique	2	UMF	10,0

5.9	Atelier	1	H	173,5
		0	CHNc	79,8
		0	CHMa	125,5
5.10	Salle de repos/pause	0	CHNc	42,7
		0	CHMa	58,2
		1	CLSCPb	51,8
		1	CLSCMz	44,7
		2	UMF	28,1
		2	CLSCCa	41,1
		1	CLSCPc	26,9
5.11	Utilités, W.C., salles de bains	2	H	17,7
		0	CHNc	23,1
		1	CHNc	191,9
		1	CHMa	190,3
		2	CHMa	242,6
		1	CLSCPb	53,8
		1	CLSCMz	125,5
		2	CHMz	87,2
		1	UMF	18,2
		2	UMF	6,2
		1	CLSCCa	43,3
		1	CLSCSo	55,1
		1	CLSCPc	36,2
5.12	Cuisinettes et salons	1	CHMa	332,2
	Salle de séjour	1	CLSCMz	67,5
	Salon	2	CHMz	107,4
5.13	Roulottes	1	CLSCPb	364,5
5.14	Boutique	1	H	69,9
6.	**Vacant**			**0,0**
6.1	Locaux vacants			
7.	**Mécanique**			**1 909,7**
7.1	Locaux de mécanique	0	H	597,0
		1	H	352,1
		2	H	23,4
		3	H	29,4
		4	H	31,6
		5	H	168,7
		0	CHNc	3,3
		1	CHNc	91,0
		0	CHMa	206,5
		1	CLSCPb	101,5
		1	CLSCMz	55,5
		2	CHMz	18,5
		3	CHMz	73,0
		1	UMF	5,4
		2	UMF	65,3
		2	CLSCCa	80,1
		1	CLSCSo	7,4

8.	Location			591,3
8.1	Syndicats	1	H	36,3
		0	CHNc	20,6
		0	CHMa	7,7
		1	CLSCPb	7,2
8.2	Centre de réadaptation	0	CHMa	497,4
8.3	Centre Jeunesse	1	CLSCSo	22,1
9.	Circulation			7 515,7
9.1	Circulations au CHBC	0	H	202,4
		1	H	890,0
		2	H	729,6
		3	H	385,3
		4	H	368,2
		5	H	46,8
9.2	Circulations au CHNc	0	CHNc	557,9
		1	CHNc	782,2
9.3	Circulations au CHMa	0	CHMa	261,7
		1	CHMa	548,0
		2	CHMa	542,6
9.4	Circulations au CLSCPb	1	CLSCPb	528,5
9.5	Circulations au CHMz/CLSCMz	1	CLSCMz	636,0
		2	CHMz	346,9
9.6	Circulations à l'UMF	1	UMF	150,1
		2	UMF	31,6
9.7	Circulations au CLSCCa	1	CLSCCa	135,1
		2	CLSCCa	27,4
9.8	Circulations au CLSCSo	1	CLSCSo	237,4
9.9	Circulations au CLSCPc	1	CLSCPc	108,0

Total	38 244,6

Section 4 - Problèmes vs activités

Les problèmes de fonctionnement en regard des installations physiques de l'Hôpital de Maria sont nombreux et complexes. Aux fins d'analyse, nous les avons regroupés sous trois catégories; 1- la vétusté, 2- la mise aux normes et 3- les améliorations fonctionnelles.

4.1. La vétusté

Parmi les problèmes liés à la vétusté des bâtiments, nous retrouvons l'usure des finis et des assemblages. Nous les avons abordés brièvement dans la section précédente. D'autres problèmes sont liés à la conception d'origine des installations. À l'époque, les constructions n'étaient pas prévues pour une accessibilité universelle. Les premières prescriptions du Code national concernant cet aspect remontent à 1985. Les obstacles aux déplacements des objets et des personnes sont nombreux. L'accessibilité universelle fait l'objet d'une étude indépendante du présent PDCI. Cette étude englobe plusieurs aspects de la circulation des personnes à mobilité restreinte. Les coûts attribuables aux améliorations de l'accessibilité universelle sont inclus dans les projets du maintien des actifs. Les travaux qui découlent du PDCI seront conformes aux exigences relatives à l'accès universel.

La vétusté concerne aussi le manque d'isolation et l'état des systèmes mécaniques. Parmi ces systèmes mentionnons la distribution d'eau, la robinetterie, les eaux usées, la ventilation, le chauffage, la distribution électrique, les systèmes de communications, l'alarme incendie. La plupart de ceux-ci ont été adaptés avec plus ou moins de succès au fil des agrandissements. Il reste que plusieurs secteurs ont besoin de mises à niveau.

Enfin, signalons les problèmes liés à la conception d'origine. Le fonctionnement de l'Hôpital a beaucoup changé en 50 ans. L'état de certaines pièces est parfois difficile à cataloguer entre usure, vétusté, problème de conception ou simplement problème de nature fonctionnelle. Ce que l'on vise ici c'est l'état des installations en regard des questions d'entretien, d'hygiène, d'asepsie et du contrôle des infections. Il n'y a qu'à penser aux utilités propres et souillées qui sont, pour la plupart, inadéquates, trop petites, en quantité insuffisante et pour lesquelles l'on manque cruellement de comptoirs, d'éviers et/ou de lavabos.

4.2. La mise aux normes

Le Code national du bâtiment est continuellement mis à jour. Périodiquement, de nouvelles versions sont adoptées par les autorités compétentes. La dernière version officielle est celle de 2005. Parmi les normes relevant du Code du bâtiment, certaines mises à jour concernant les issues sont requises et ne font pas l'objet de droits acquis. D'autres normes relèvent plus spécifiquement du Ministère de la Santé lorsque vient le temps d'en exiger les mises à niveau. C'est ainsi qu'il arrive occasionnellement que des budgets sont débloqués concernant la sécurité incendie ou un aspect particulier relevant de la sécurité.

Dans cette optique, le ministère aimerait qu'un jour l'ensemble des hôpitaux soit protégé par des extincteurs automatiques (gicleurs). Ces questions sont complexes. Elles ne peuvent toutefois pas être ignorées, car elles ont un impact majeur sur le coût des projets.

La mise aux normes au sens large déborde des prescriptions du Code national du bâtiment. Un certain nombre de normes, de guides et de directives s'applique aux activités cliniques. Sans faire l'inventaire des éléments à corriger dans l'établissement, nous voulons attirer l'attention sur les secteurs qui présentent actuellement le plus de risque.

4.2.1. La pharmacie

Il y a plusieurs pratiques recommandées par l'Ordre des Pharmaciens et par le Ministère concernant la réception, la circulation, la manipulation, la préparation, la distribution et la disposition des médicaments. À plusieurs égards les installations actuelles ne rencontrent pas les recommandations de l'Ordre des Pharmaciens. En regroupant les Centres d'hébergement et en centralisant la préparation des médicaments à la pharmacie plutôt que sur les unités de soins de courte et de longue durée, le volume d'activité a augmenté. La demande de services et le nombre d'employés à la pharmacie ont aussi augmenté. Enfin, les nouvelles pratiques impliquent de nouveaux espaces dédiés. Une machine ensacheuse automatisée et de nouveaux équipements doivent être installés dans les locaux existants. Le remplacement des hottes pour les médicaments en oncologie et pour les préparations stériles demande beaucoup plus d'espace que celui occupé par les hottes actuelles. Ces hottes doivent faire l'objet d'aménagement particulier; réception, salle de préparation, sas, hottes et salle de décompte stérile. À défaut de se conformer rapidement aux exigences du Ministère, la préparation de certains médicaments pourrait se voir interdite. L'hôpital pourrait éventuellement se trouver dans l'obligation de les faire préparer par d'autres établissements, de les faire livrer à grands frais ou de se retrouver en rupture de services.

Pour ces raisons, la pharmacie a été identifiée comme un projet prioritaire dans le cadre de ce PDCI. Compte tenu des besoins identifiés, le PDCI propose l'installation d'une hotte

adaptée aux soins en oncologie dans une aile neuve où l'on retrouvera un secteur dédié. Quant à la pharmacie actuelle, elle sera agrandie en occupant l'espace actuellement dédié à la stérilisation et à la chirurgie d'un jour. La superficie passera ainsi de 138 m^2 à 238 m^2.

4.2.2. La stérilisation

La stérilisation fait face à des difficultés en terme de manque d'espace et de cheminement critique. La quantité d'instruments, d'appareils et d'outils qui doivent être stérilisés est en forte croissance. En plus du stérilisateur autoclave conventionnel, les appareils requis pour nettoyer, désinfecter et stériliser sont eux aussi plus nombreux.

Les exigences concernant la séquence de travail sont plus rigoureuses qu'elles ne l'étaient. L'émergence et l'augmentation des infections nosocomiales, dont certaines sont mortelles, exigent de plus grandes précautions.

Voici quelques-uns des problèmes à la stérilisation :

- Superficie du service nettement insuffisante (déjà constaté au PDI de 2002);
- Absence de SAS dans le secteur propre;
- Absence de pression positive dans le secteur d'assemblage et d'emballage;
- Absence d'une aire indépendante d'entreposage à pression positive pour le matériel stérilisé;
- Aires de travail trop exigües et mal définies (croisement matériel souillé et matériel propre);
- Finis intérieurs mal adaptés;
- Système de ventilation dépendant d'un autre secteur;
- Équipement de décontamination insuffisant;
- Équipement de stérilisation insuffisant;
- Taux d'humidité non constant;
- Isolation déficiente (givre sur les fenêtres);
- Aire de circulation indépendante pour la maintenance des équipements inexistante (croisements indésirables et complexité de la tâche).
- Croisements de circulation à haut risque de contamination dans le corridor d'accès avec la clientèle, les accompagnateurs, le personnel.

La relocalisation du service de stérilisation et de la chirurgie d'un jour est nécessaire pour assurer un réseau de circulations cliniques bien distinct des circulations publiques, surtout en ce qui a trait au lien avec le bloc opératoire. On vise ici le respect du principe fondamental en matière de prévention des infections, qui est d'éviter les croisements entre ce qui est souillé et ce qui est propre, qu'il s'agisse de matériel ou de personne.

L'organisation et l'agencement des pièces à la stérilisation ne répondent plus aux exigences de sécurité. La compartimentation doit être corrigée, de nouveaux appareils sont requis et les besoins sont tels que la superficie requise pour répondre aux besoins devrait être quadruplée. Des études récentes ont été produites à cet effet; le projet est documenté. Nous avons tiré de cette documentation un sommaire des espaces pour la nouvelle stérilisation. Celle-ci passera de 98 m^2 à 326 m^2.

4.2.3. Le bloc opératoire

Le bloc opératoire date de 1972. Il y a eu peu de changements. Mentionnons toutefois les modifications suite à l'implantation de la chirurgie d'un jour et, récemment, l'aménagement d'un local pour la télé-pathologie.

Le bloc, tout comme d'autres secteurs de l'Hôpital, est maintenant trop petit. Les nouvelles techniques de "scopie" et les nouveaux instruments demandent plus d'espace. Le contrôle des infections et les bonnes pratiques demandent une aire de réception et de déballage des fournitures dans une aire semi-stérile indépendante des circulations du personnel et des clients. La télé-pathologie, les utilités et les zones de rangements sont trop petites et en quantité insuffisante. Tout le secteur connaît des problèmes concernant la ventilation et le chauffage. Enfin, il est requis de rafraîchir les finis et revoir l'organisation de l'accueil, de la zone de transfert et des bureaux.

Les interventions dans ce secteur devront être envisagées avec précautions puisqu'il ne doit pas y avoir d'interruptions de services dans la zone stérile.

Puisqu'il est proposé sur les esquisses d'ajouter un corridor le long du mur Ouest, il sera possible d'éviter les croisements dans les circulations en ayant d'un côté l'accès pour les fournitures et le personnel et de l'autre les clients et la stérilisation. L'agrandissement de 297 m^2 proposé pour ces locaux permettra de corriger les lacunes.

4.2.4. La buanderie

Bien que remodelée lors des travaux de 1982, la buanderie ne répond plus aux exigences contemporaines. Coincée entre les secteurs datant de 1950, 1960 et la cafétéria, la buanderie

est trop petite. Même si les machines sont plus compactes et plus performantes, le volume d'activité a considérablement augmenté avec l'ajout des trois Centres d'hébergement. Quant aux circulations qui desservent le secteur, elles sont la cause de bien des soucis. Les vestiaires des employés se trouvent dans l'aile D. Plusieurs employés circulent à l'intérieur de la buanderie pour accéder à l'aile A. Le corridor serpente autour des obstacles où l'on rencontre la livraison pour la cafétéria, les déchets et l'arrivage et l'expédition du linge propre et souillé. Les risques de vols, de contamination et d'accidents sont bien réels tant du côté des aliments et de la cafétéria que du côté de la buanderie.

Cette aile est imbriquée avec le compacteur à déchet. Plusieurs objets et personnes transitent aux portes du secteur. D'autre part, il existe une réception des marchandises au sous-sol de l'unité Benoît-Martin dans l'aile F. Ces deux réceptions souffrent en quelque sorte d'un problème de personnalité. On y retrouve dispersement, chevauchement et manque de contrôle. Compte tenu de toutes les transformations qu'a connues l'établissement, le cheminement des fournitures, des appareils, des accessoires et de tout ce qui se retrouve sous le vocable « biomédical » doit aujourd'hui faire l'objet d'une analyse approfondie. Des correctifs et transformations sont requis pour assurer le contrôle, le bon fonctionnement, la sécurité, l'hygiène, l'entretien et l'asepsie. Cette étude dépasse le cadre du PDCI, mais mentionnons qu'elle devrait englober spécifiquement la réception et le déballage de fournitures médicales et des médicaments ainsi que les secteurs d'entretien et de réparation de l'appareillage biomédical actuellement au 2e étage de l'aile F.

Le PDCI prévoit donc une allocation spéciale pour corriger les lacunes. Les problèmes générés par la situation actuelle sont importants. La configuration des installations entrave le travail des équipes d'entretien, limite le contrôle et la rigueur dans la tenue des inventaires. Cette question spécifique devrait faire l'objet d'un PFT accompagné d'esquisses dans les plus brefs délais si l'on désire inclure ces travaux dans le PDCI - Volet 1.

4.2.5. Mécanique

Les agrandissements et les espaces rénovés exigeront des locaux techniques pour les contrôles, le chauffage, la ventilation, la plomberie (pompes), la distribution électrique, les serveurs, la téléphonie, la détection, les alarmes. À ce stade, nous estimons à 700 m² la superficie requise pour l'ensemble de ces locaux. Ceux-ci seront probablement répartis en quatre unités reposant sur les toits. Ces locaux fermés devront être accessibles dans le prolongement des escaliers existants sur les ailes F, C et E, puis accessibles par ascenseur et escalier dans le nouveau bloc au Sud de l'aile E.

4.3. Les améliorations fonctionnelles

La pratique de la médecine est en constante évolution. L'intégration de nouvelles technologies et de nouveaux équipements transforme les façons d'occuper l'espace. La numérisation de l'imagerie médicale (scan-radiographie-résonance magnétique) est au nombre de ces nouvelles technologies. Les directives du ministère, la pharmacologie, les découvertes médicales, l'appareillage, l'enseignement, l'informatique, les outils de communications sont autant de facteurs qui viennent bousculer les façons de faire et conséquemment les relations avec l'espace et l'architecture. L'hôpital est vivant. Il connaît continuellement des transformations.

L'établissement a entrepris il y a quelque temps une démarche pour réorganiser les soins de manière à ne plus retrouver de lits d'hébergement de longue durée à l'intérieur de l'Hôpital. La clientèle se retrouve dans l'un des trois Centres d'hébergement de l'établissement où elle recevra les soins appropriés. À l'automne 2011, le rez-de-chaussée du pavillon Benoit-Martin se libère. Les demandes pour occuper cet espace sont nombreuses et légitimes. Une réaffectation et une redistribution des lits des soins de courte durée sont apparues comme la solution optimale.

Le comité de travail du PDCI s'est penché sur de nombreux aspects des installations en regard du plan clinique. Plusieurs de ces aspects seront abordés, étudiés et analysés dans le PDCI - Volet 2. Des détails seront précisés dans un ou plusieurs PFT. Cependant, dès l'hiver 2012, pour accélérer le processus, l'organisation et la distribution des lits d'hospitalisation de courte durée seront modifiées.

4.3.1. La distribution des lits de courte durée

La nouvelle répartition des lits est détaillée dans les esquisses paginées « 4-27 à 4-30 ». Bien que plusieurs détails restent à préciser, elle consiste à modifier l'emplacement des lits de courte durée de la façon suivante :

Étage	Pavillon	Services	Nombre de lits
1	Benoît-Martin, aile F	Courte durée gériatrie	10
2	Benoît-Martin, aile F	Chirurgie	12
	Benoît-Martin, aile F	Pédiatrie	4
	Ailes A et B	Maternité	5
3	Benoît-Martin, aile F	Santé mentale	10
	Aile A	Médecine	21
	Aile C	Soins intensifs	5
Total			67

Cette organisation présente plusieurs avantages. Trente-six lits se retrouvent dans l'Unité Benoît Martin (UBM) aile F qui date de 1982 et 5 sont dans l'aile C complètement rénovée pour les soins intensifs en 1998. L'architecture de ces ailes est mieux adaptée aux soins de courte durée que le pavillon central qui date de 1953.

En plus des qualités architecturales, la plupart des chambres seront des chambres simples. Les unités de médecine, de chirurgie, de pédiatrie et l'unité de courte durée en gériatrie disposeront de plus d'espace. En médecine il restera 2 chambres doubles et la santé mentale demeurera inchangée avec 4 chambres doubles.

Il y aura, par conséquent, une étape transitoire où le quatrième étage sera occupé par les cliniques et les services que l'on retrouve actuellement au deuxième étage de l'UBM. Il n'y aura pas de lits de courte durée à cet étage. Entre temps, des esquisses permettront de préparer les relocalisations. Lorsque les agrandissements seront complétés, il y aura une série de déménagement qui permettront de libérer le 4e étage pour l'aménagement des cliniques. En parallèle, le PDCI - Volet 2 et, par la suite, un programme fonctionnel et technique (PFT) détermineront plus précisément l'emplacement de ces cliniques.

4.3.2. L'urgence

L'urgence et les cliniques externes qui s'y trouvent datent de 1972. La zone du court séjour a eu des rénovations en 1998 et en 2009. Ce secteur est souvent touché par des travaux mineurs. Depuis plusieurs années déjà, l'urgence ne répond plus aux besoins. Elle a été réaménagée mainte fois sur une base temporaire. L'accueil, l'attente, le triage, les salles d'examen, le poste, le court séjour, autant dire tout le secteur est à revoir et à refaire. Les besoins sont connus, le volume d'activité aussi. Pour élaborer le sommaire des superficies requises, nous avons utilisé l'édition de 2006 du Guide de gestion de l'URGENCE rédigé par l'association Québécoise d'établissement de santé et des services sociaux. L'on retrouve un sommaire des pièces et des superficies requises pour l'urgence à la page 4-19.

4.3.3. La chirurgie d'un jour

La chirurgie d'un jour a été aménagée en 1999 dans les locaux occupés par l'électrocardiographie, l'inhalothérapie et la chambre des médecins. Une petite section est venue empiéter sur le bloc opératoire et cela a permis d'installer une salle pour les petites chirurgies dans ce qui était le salon. Huit civières ont été installées et la salle de transfert a été éliminée. Cette expansion s'est réalisée sans agrandissement et au détriment de plusieurs services.

Aujourd'hui, le volume d'activité et les besoins dépassent les capacités. Les circulations ne présentent plus les barrières requises pour un bloc opératoire et les zones semi-stériles et

stériles sont mal définies. L'architecture ne répond donc pas aux exigences pour un milieu stérile. Heureusement, le plan du bloc est symétrique. L'on retrouve à l'extrémité Sud une issue dont le corridor fait huit pieds de large, un dépôt stérile qui serait facile à modifier en corridor et deux accès côté Nord.

Sans présumer de la solution finale, le découpage du projet nous autorise à penser qu'il devient tout à fait réaliste de construire une nouvelle chirurgie d'un jour au-dessus de la nouvelle urgence, au Sud du bloc actuel. Un nouveau corridor d'accès sera alors construit le long du mur Ouest. Par conséquent, il devient possible de faire une chirurgie d'un jour susceptible de répondre aux besoins actuels et anticipés. La nouvelle chirurgie occupera 269 m^2 comparativement à 166 actuellement. Ces travaux impliquent les modifications au bloc opératoire décrites au point 4.2.3.

4.3.4. L'oncologie

Le département d'oncologie du CSSS de la Baie-des-Chaleurs connaît une croissance énorme comparativement à d'autres services. C'est l'établissement qui a le plus important volume d'activité de la région. Le secteur actuel, malgré les travaux récents, ne répond plus à la demande. Tel que souligné dans un document produit par l'équipe d'oncologie en 2010 : « La progression du cancer et l'augmentation du nombre de patients traités, les percées en matière de recherche dans la lutte contre le cancer forcent le CSSSBC à revoir son organisation de service particulièrement en ce qui a trait au plan directeur immobilier ».[1] Les traitements de chimiothérapie sont intimement liés à la pharmacie. La hotte actuelle ne peut répondre aux exigences de l'Ordre des pharmaciens du Québec. La préparation des médicaments cytotoxiques exige des locaux adaptés. Plusieurs esquisses ont été préparées en collaboration avec les intervenants du secteur pour identifier les besoins spécifiques. Ces esquisses ont permis d'établir la nature, la quantité et la grandeur des pièces. Un tableau sommaire des espaces est donné à la page 4-22.

4.3.5. La médecine nucléaire

Le CSSS du Rocher-Percé à Chandler a été désigné régionalement pour donner les services en médecine nucléaire pour la région de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine. Celui-ci dispose d'une expertise précieuse dans ce domaine. Le CSSS de la Baie-des-Chaleurs est en démarche pour accueillir un service satellite de médecine nucléaire du CSSS du Rocher-Percé, à l'hôpital de Maria.

Selon les statistiques recueillies, il appert qu'environ 42 % de la production réalisée en médecine nucléaire à Chandler s'adresse à la clientèle du CSSS de la Baie-des-Chaleurs. Les services obtenus pour la population de la Baie-des-Chaleurs se partagent à 56 % au CSSS du

1 Évolution des services d'oncologie, Besoin en matière de plan directeur immobilier en lien avec le programme de lutte au cancer secteur oncologie, CSSSBC 2010

Rocher-Percé et à 44 % à Rimouski et à Québec. La mise en place du service satellite à Maria permettra de rapprocher les services de la population et d'augmenter l'autosuffisance en rapatriant les services actuellement consommés en dehors de la région Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

En moyenne, 2 heures sont consacrées au trajet menant à Chandler, ce qui limite considérablement l'utilisation du service dans un contexte de soins aigus avec des clientèles vulnérables ou instables. Pour la clientèle ambulatoire qui doit souvent se déplacer deux fois dans une même semaine, cela représente des déboursés importants. Pour la majorité des patients, les frais de transport ne sont pas remboursés.

La fondation Baie des Chaleurs dispose aujourd'hui d'une partie des fonds nécessaires à l'achat d'équipement pour la médecine nucléaire. Les locaux occupés par l'ancienne radiologie se prêtent bien à cet usage; les murs comportent plombage et gaz médicaux. C'est ainsi que pour répondre à cette demande pressante, l'aménagement de ces 141 m^2 représente une solution adaptée à la configuration actuelle. Précisons qu'il s'agit des locaux occupés par le salon du CMDP. Le projet prévoit l'agrandissement et le déménagement de ce salon dans le secteur devant la cafétéria, près des stationnements et des vestiaires des médecins lorsque l'équipe de maintenance déménagera dans l'agrandissement de la buanderie.

4.3.6. L'administration, les archives, l'enseignement

L'économie mondiale connaît aujourd'hui un phénomène sans précédent. Ce n'est plus l'agriculture, l'industrialisation, le transport ou la transformation des produits qui sont au cœur du développement, c'est l'industrie du savoir. L'informatique, la science, les nouvelles technologies, les communications sont les grandes composantes de cette industrie du savoir qui propulsent notre monde vers le futur.

L'univers de la santé n'y échappe pas. S'adapter à cette réalité exige de la souplesse et un environnement capable de suivre. Cette dynamique vient bousculer l'ordre établi. Le transfert des nouvelles connaissances, le traitement de l'information, le stockage et la modélisation de celle-ci exigent des ressources, du matériel, des équipements, de l'espace.

À l'hôpital de Maria, les supports à l'information soutenant la pratique médicale ont des répercussions sur l'utilisation des locaux. L'augmentation du volume de l'information sur papier est constante pendant que l'on observe la prolifération des postes informatiques pour traiter cette information. Dans plusieurs secteurs et services, l'utilisation du papier comme seul support à l'information est encore très repandue à l'hôpital. Plusieurs rêvent d'un monde sans papier, mais l'adaptation aux nouvelles technologies exige la mise en place d'outils sophistiqués, du temps, des ressources, des protocoles d'entente et des sommes

considérables. Entre-temps l'établissement doit composer avec une réalité de plus en plus complexe où année après année le volume des archives ne fait que grossir. L'arrivée de nouveaux programmes et de nouvelles technologies exige à leur tour des techniciens et des bureaux. Le traitement, le stockage et l'épuration de l'information qu'elle soit d'ordre médical, administratif, financier ou organisationnel imposent des exigences en termes d'entreposage et d'aire de travail. L'espace actuel ne suffit plus.

La complexité des systèmes augmente au même rythme que la diversité des services médicaux. Les installations physiques pour soutenir les services manquent cruellement d'espace. Les services offerts par le CSSS reposent sur une organisation complexe. Les besoins ne sont pas uniquement pour les locaux destinés aux soins. Il ne suffit pas d'augmenter le nombre de chambres privées et d'aires de traitement. Les besoins d'espace additionnel se retrouvent aussi pour l'administration, le stockage et la transmission de l'information.

Tous les intervenants du milieu sont d'accord pour constater que la rapidité des changements est phénoménale. Pour y faire face et suivre la cadence, il est essentiel d'avoir sur place des locaux destinés à l'enseignement, la formation, les communications et les rencontres. La rapidité avec laquelle les interventions doivent se faire et la disponibilité demandée au personnel impliquent que ces locaux se retrouvent à l'intérieur des murs de l'hôpital.

La formation aux nouvelles pratiques, l'arrivée des jeunes travailleurs et l'augmentation des responsabilités à tous les échelons de l'organisation demandent de l'encadrement, de la formation, de l'apprentissage et du suivi. Ces activités doivent se dérouler dans un cadre adapté offrant des salles de rencontres et des salles de classe.

Aujourd'hui, l'hôpital étouffe dans un carcan. La plupart des bureaux simples sont occupés par deux personnes. Il n'y pas d'aire de réception et d'attentes dans les locaux administratifs. Il n'y a plus de place pour accueillir de nouvelles disciplines ou de nouveaux médecins. L'hôpital doit louer des locaux à l'extérieur pour les rencontres ou pour de l'entreposage. Les coûts en location sont importants et les coûts pour l'organisation, compte tenu des temps de déplacement, le sont davantage.

À l'hôpital de Maria, des facilités immobilières pour la transmission et la gestion de l'information auront des effets bénéfiques sur les services à la clientèle.

Les dessins et le tableau des superficies qui suivent indiquent des augmentations significatives du nombre de mètres carrés pour les archives, les bureaux, les salles d'enseignement et les salles de rencontres.

4.3.7. Autres projets du PDCI - Volet 1

En théorie, un plan directeur immobilier devrait englober l'ensemble des installations, en faire le portrait clinique et physique puis, à partir de ces données, tracer un plan d'immobilisation capable d'apporter une solution efficace à l'ensemble des problèmes rencontrés.

La réalité comporte plus de nuances. Certains problèmes sont mieux documentés et l'éventail des solutions présentées reçoit plus d'appuis que d'autres. La nature des problèmes est diversifiée. Le volume d'activité, la composition des équipes médicales, la localisation des bâtiments, l'âge, la vétusté des installations, la conformité aux normes, l'adaptation aux pratiques actuelles de la médecine en fonction des équipements et des procédures ont des incidences différentes sur l'utilisation des locaux. L'évolution constante et plus ou moins rapide de certains secteurs par rapport à d'autres exerce des pressions et, parfois, des situations stressantes dans plusieurs secteurs de l'établissement. La rénovation, l'ajout et la transformation physique d'un secteur engendrent des changements qui se répercutent sur d'autres secteurs.

Des besoins émergent et l'établissement tente d'y répondre en adaptant l'environnement. À tout moment, plusieurs variables du système changent. Certains projets sont amorcés, indépendamment et parallèlement au PDCI. Nous avons mentionné le projet concernant le chauffage au moyen de la "Biomasse", la modification du système mécanique au bloc opératoire. D'autres projets (dans les CLSC) déjà amorcés se réalisent en parallèle et en cohérence avec le PDCI. Différents travaux et projets relevant du maintien des actifs reçoivent régulièrement des budgets. Tous ces projets sont reliés à une planification stratégique commune.

Dans la pratique quotidienne et à une plus petite échelle, l'établissement doit s'adapter et faire des ajustements. C'est ainsi que des travaux sont immédiatement requis à l'urgence en fonction d'un projet de révision des processus de type LEAN et des aménagements seront réalisés sous peu pour accueillir un spécialiste en dermatologie qui pratiquera à l'Hôpital de Maria sur une base permanente.

Certains aspects des problèmes concernant les immobilisations obéissent donc à une logique propre avec des agendas indépendants de l'année financière ou d'un échéancier pré-établi. Le parcourt entre l'énoncé d'un problème, l'élaboration du plan, l'octroi d'un budget et la réalisation des travaux n'est pas linéaire. Le processus est itératif. Il est souvent requis de fermer la boucle en s'assurant que les esquisses viennent apporter les bonnes solutions.

Depuis plusieurs années, en s'insérant dans des locaux déjà occupés, l'arrivée de nouveaux équipements, d'une nouvelle spécialité ou d'une nouvelle technique a souvent engendré des difficultés pour ceux déjà en place. Certains projets évoluent en "*fast track*" alors que d'autres n'aboutissent pas. Ces derniers, après avoir généré attentes et espoirs, se soldent par des regrets et des déceptions. L'objectif du PDCI est de présenter un tout cohérent, même s'il y a des embûches tout au long du parcourt.

À titre d'exemple, le présent PDCI est l'aboutissement de plusieurs années de travail. En 2001, un PDI avait été réalisé pour l'Hôpital. Plusieurs des problèmes d'aujourd'hui avaient été identifiés à l'époque. Pour différentes raisons, les recommandations de ce PDI n'ont pas débouché sur des travaux de construction. Entre temps, l'unité de médecine familiale a été construite, le CLSC de Caplan s'est vu doté d'un nouveau bâtiment, les installations de la résonance magnétique se sont greffées aux flancs de l'Hôpital. D'autres études, rapport d'inspection, esquisses, sont venus alimenter la prise de décision et préciser les orientations. Enfin, en 2011, la vaste consultation dans le cadre de la planification stratégique 2011-2015 a permis de déterminer les orientations à long terme et d'établir les priorités.

C'est en étant conscient des difficultés à produire un plan qui obtienne l'appui de tout le personnel et animé par le désir d'obtenir les montants requis pour les travaux que notre stratégie de mettre en place une structure qui tienne compte des changements et de la dynamique propre à l'établissement a été élaborée. Il est important d'avoir une marge de manoeuvre pour adapter et ajuster la séquence des projets à cette réalité en constante évolution.

D'un point de vue pratique, les travaux en zone hospitalière présentent des difficultés particulières en ce qui a trait aux mesures pour le contrôle des infections. Jusqu'aux années 2000, ces mesures étaient relativement simples. Aujourd'hui, elles représentent jusqu'à 35 % des coûts. Cette donnée explique la tendance de faire des agrandissements plutôt que de rénover les secteurs existants. Dans le cas de l'Hôpital de Maria, l'historique que l'on en fait dissimule les nombreux changements d'occupation des locaux. La gamme de services offerts par l'établissement est beaucoup plus étendue et complexe qu'elle ne l'était il y a dix ou vingt ans. Le nombre de médecins, d'employés, d'équipements et d'appareils a augmenté dans tous les secteurs d'activité. La médecine est plus performante, les services de meilleure qualité, l'espérance de vie plus grande. Les indicateurs le confirment : l'état de santé de la population s'est amélioré. Entre temps, c'est l'état de santé du bâtiment qui s'est détérioré, l'encombrement a augmenté sur les planchers et la qualité des locaux s'est dégradée. C'est à la lumière de ces informations qu'un projet d'agrandissement majeur est requis.

Le plan proposé dans ce PDCI présente de nombreux avantages. Les dessins schématiques montrent un agrandissement sur deux étages de l'aile E au Sud de l'urgence :

- Cet agrandissement d'environ 2840 m² pourra se faire sans aucune interruption de service.
- Durant l'élaboration de ce projet, nous allons poursuivre la réflexion et la précision des concepts pour l'utilisation des 1200 mètres libérés à la suite des travaux.
- La construction d'une aile neuve pour :
  - l'urgence au rez-de-chaussée et au deuxième pour :
    - la stérilisation;
    - la chirurgie d'un jour; et
    - l'oncologie.
- La construction d'un autre bloc au coeur de la buanderie permettra à son tour de libérer de l'espace dans les installations actuelles.
- En dégarnissant des secteurs entiers, tels que l'urgence, la stérilisation et la chirurgie d'un jour, il sera possible de rénover ces secteurs à un coût abordable.

Il est important d'entamer ce processus le plus tôt possible, non seulement pour corriger les problèmes identifiés et reconnus, mais aussi pour permettre à l'organisation de s'attaquer aux secteurs qui ne sont pas couverts par les travaux du PDCI - Volet 1.

L'ensemble de la phase 1 représente plus de 3 750 m^2 de nouveau plancher et 4 425 m^2 de planchers rénovés (superficies brutes). La séquence des travaux implique que les agrandissements se feront en premier. Le PDCI en présentant un survol des problèmes de l'établissement donne une image sommaire des activités, des interactions et des problèmes.

Il donne aussi la direction et les orientations suivantes :

- Réorganisation des unités d'hospitalisation impliquant des mouvements de lits aux étages 1-3 et 2-4 à mettre en place sans attendre.
- L'obtention d'un accord de principe auprès de l'agence et du Ministère pour obtenir les budgets permettant de poursuivre le travail de planification.
- L'agrandissement et la rénovation de la buanderie et de la réception des marchandises.
- La réorganisation des cliniques externes en occupant deux secteurs ciblés : le quatrième étage d'une part et l'urgence actuelle de l'autre part.
- La rénovation et l'agrandissement du bloc opératoire et de la pharmacie.
- La médecine nucléaire et le génie bio-médical.
- La construction de locaux additionnels destinés à l'enseignement, les archives et l'administration.

Parmi ces projets du PDCI - Volet 1, certains sont suffisamment documentés pour que l'on puisse entamer des esquisses. Il s'agit de l'urgence, de la stérilisation, de l'oncologie et de la chirurgie d'un jour. D'autres ont besoin d'être précisés au moyen de Plans fonctionnels et techniques (PFT). Il s'agit du bloc opératoire, de la pharmacie, du groupe buanderie/ marchandises/entretien des bâtiments et des archives.

Un projet de centrale thermique qui inclut un système de chauffage alimenté à la biomasse (résidus forestiers) est actuellement sur les planches à dessin. Ce nouveau système aura la capacité suffisante pour alimenter l'Hôpital avec une marge de manoeuvre d'au moins 50 %. Par conséquent, la centrale pourra répondre aux besoins futurs tout en permettant des économies d'énergie importantes par rapport aux conditions actuelles.

Lorsque les agrandissements seront complétés, il y aura une série de travaux et de relocalisation de plusieurs secteurs. Le sommaire des espaces requis de certains services est donné aux pages 4-19 à 4-24. Pour ces services, les gains nets seront les suivants :

Services	m²
Urgence	772
Stérilisation	228
Chirurgie d'un jour	151
Oncologie	231
Médecine nucléaire	140
Bloc opératoire	297
Total	1 819

Lorsque tous les travaux inclus dans le PDCI - Volet 1 seront complétés, nous estimons que les gains nets des services suivants seront approximativement de :

	Services	m²
	Cliniques externes	390
	Salon et bureaux des médecins	17
	Enseignement	250
	Pharmacie	100
	Génie bio-médical	60
	Inhalothérapie et électrophysiologie	105
	Hospitalisation (excluant la santé mentale)	600
*	Bureaux et salles de réunion	570
	Archives	100
	Buanderie et réception des marchandises	161
	Total	2 353

* Il est à noter que l'espace à récupérer suite à la démolition de la roulotte attenante au bloc administratif n'est pas considéré comme un ajout. Cette démolition implique la relocalisation du bureau de la fondation de l'Hôpital, du syndicat, du rangement et de l'entreposage.
Donc, des gains de près de 4 279 m² excluant la mécanique.

Le PDCI - Volet 2 abordera les autres programmes et autre services que la santé physique dont notamment:

- La santé mentale:
  - accueil;
  - bureaux;
  - sécurité;
  - aire de détente extérieure;
  - cliniques externes;
  - unité de soins (chambres);
  - circulation;
  - cohabitation des clientèles différentes.
- Mise à jour des unités de soins :
  - postes de garde;
  - utilités propres et souillées;
  - salle de toilettes et salle de bains;
  - lavabos pour le lavage des mains;
  - espaces de rangement pour le matériel de support (physio., ergo.);
  - espace de consultation pour les médecins (soins intensifs, chirurgie, maternité);
  - espace pour la seconde salle d'accouchement (avant la première phase du PDCI);
  - locaux soupapes pour les stagiaires, les CPI, médecins, etc.
- Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), les discussions indiquent qu'une construction indépendante de l'hôpital pourrait être retenue en partenariat avec le Centre de réadaptation de la Gaspésie.
- Les soins à domicile (entreposage et entretien de l'équipement)
- L'implantation de Groupe de Médecins de Famille (GMF)
- Support à l'enseignement et à la formation.
- Les services à la personne âgée.

- L’adaptation des services à la personne âgée.
- Le virage informatique, les systèmes de communication et la gestion des archives.
- Les services de soutien généraux :
  - les espaces de bureaux et de réunions reliés au gain d’espaces prévus au Centre d’hébergement de Maria (relocalisation du Centre de réadaptation de la Gaspésie);
  - les espaces de rangement généraux (locaux pour recevoir les nouveaux appareils, les composantes ou matériaux de toutes sortes qui servent au maintien des actifs, des équipements);
  - les espaces dédiés au service d’hygiène et de salubrité (locaux pour équipements, chariots, lieu de rencontre pour le personnel);
  - un ou des espaces dédiés et organisés pour le plan des mesures d’urgence;
  - la mise à niveau des vestiaires des employés de l’Hôpital;
  - la mise à niveau de l’entrée principale de l’Hôpital (fauteuils roulants, accessibilité universelle, W.C. publics, etc.);
  - la mise à niveau de la cafétéria incluant un secteur convivial et sous surveillance vidéo pour les machines distributrices;
  - les espaces au magasin réception, entreposage, expédition;
  - les espaces pour les technologies de l’information et l’informatique (rangement, travail, prêt d’équipement, salle de formation),
- Les aires publiques :
  - la mise à niveau de l’entrée principale de l’Hôpital et de certains CLSC (fauteuils roulants, accessibilité universelle, W.C. publics, etc.);
  - la mise à niveau des aires de circulations, de la signalisation;
  - la mise à niveau des aires d’attente.

<u>Note au lecteur :</u>

Il y a plusieurs écarts dans les superficies données dans les textes, les tableaux et les dessins. Ces écarts sont la conséquence de différentes mesures. Le fait d’inclure ou d’exclure les corridors communs et la mécanique du bâtiment est en grande partie responsable des différences.

4.4. Sommaire des espaces requis

URGENCE		H (m²) Existant	H (m²) Projeté
1.	**Aire d'accès**		
1,1	Garage des ambulances (incluant la morgue)	103,6	130,0
1,2	Bureau des ambulanciers	6,5	8,0
1,3	Salles d'attente (2)	41,8	213,0
1,4	Poste de l'agent de sécurité	incluse [1]	5,0
1,5	Accueil et administration	10,5	12,0
2.	**Aire de triage et d'accueil**		
2,1	Évaluation	---------	7,0
2,2	Salle de tri	9,2	12,0
2,3	Toilettes (2)	incluse [2]	6,0
2,4	Toilette adaptée	incluse [2]	5,0
3.	**Aire de choc**		
3,1	Salle pour les familles	0,0	12,0
3,2	Aire de choc (2 civières)	29,0	35,0
4.	**Aire des civières**		
4,1	Court-séjour (10 civières)	85,6	126,0
4,2	Salle d'observation pédiatrique (2)	0,0	22,0
4,3	Salle à pression négative et/ou d'isolement	0,0	15,0
4,4	Salle psychiatrique	0,0	15,0
4,5	Poste de garde	22,5	24,0
4,6	Toilette du personnel	incluse [4]	5,0
4,7	Salle de bain-douches-toilette	incluse [3]	9,0
4,8	Toilette adaptée	0,0	5,0
5.	**Aire ambulatoire**		
5,1	Salles d'examen (3)	21,0	45,0
5,2	Salle de chirurgie générale	28,7	30,0
5,3	Salle d'examen à pression négative	25,5	25,0
5,4	Salle de pansement	13,4	20,0
6.	**Aire clinico-administrative**		
6,1	Bureau du chef du DSMU	0,0	11,0
6,2	Bureau de l'infirmière-chef	0,0	11,0
6,3	Bureau des médecins	0,0	20,0
6,4	Bureau des travailleurs sociaux	0,0	11,0
6,5	Pneumatique	3,1	
7.	**Aire de décontamination et de soutien**		
7,1	Utilité souillée (2)	5,2	22,0
7,2	Utilité propre (2)	0,0	22,0
7,3	Salle de repos	29,7	30,0
7,4	Dépôts (2)	incluse [4]	22,0
7,5	Chambre du médecin de garde	incluse [4]	11,0
	Total partiel des superficies	435,3	946,0
	Cloisons, circulation, conduits (35 %)	70,2	331,1
	Superficie totale	505,5	1277,1

1 La superficie est incluse dans l'accueil et administration
2 La superficie est incluse dans les salles d'attente
3 La superficie est incluse dans le court séjour
4 La superficie est incluse dans la salle de repos

Stérilisation

		H (m²)	
		Existant	Projeté
1.	**Stérilisation**		
1,1	Aire de réception/nettoyage (décontamination)	16,8	30,0
1,2	Aire de préparation et d'emballage (assemblage)	35,4	40,0
1,3	Aire de traitement de lingerie	n.a.	n.a.
1,4	Aire de stérilisation	31,6	32,0
1,5	Aire d'entreposage d'articles stériles	6,7	18,0
1,6	Aire de stationnement de l'équipement et des chariots	incluse [1]	20,0
1,7	Aire d'entreposage de l'équipement	incluse [1]	18,0
1,8	Aire réservée au personnel (salon, salle de bain, etc.)	0,0	30,0
1,9	Aire adminstrative (2 bureaux et secrétariat)	0,0	18,0
1,10	Aire pour l'entretien ménager (2 espaces)	0,0	10,0
1,11	Aire de dépaquetage (sert aussi de SAS)	0,0	15,0
1,12	Mécanique	7,3	7,3
	Total partiel des superficies	97,8	238,3
	Cloisons, circulation, conduits (±35 %)	inclus	87,5
	Superficie totale	97,8	325,8

1 La superficie de ces secteurs est incluse dans l'aire de stérilisation (1,4)

Chirurgie d'un jour

		H (m²)	
		Existant	Projeté
1.	**Chirurgie d'un jour**		
1,1	Aire d'accueil et d'attente	12,0	15,0
1,2	Aire des civières	78,0	104,0
1,3	Aire des fauteuils	0,0	22,0
1,4	Poste infirmier / médecin	19,0	22,0
1,5	Utilité propre	3,0	9,0
1,6	Utilité souillée	0,0	9,0
1,7	Dépôt matériel propre	0,0	5,0
1,8	Dépôt matériel stérile	0,0	4,0
1,9	Toilette hommes	4,8	4,5
1,1	Toilette femmes	0,0	4,5
	Total partiel des superficies	116,8	199,0
	Cloisons, circulation, conduits (35 %)	inclus	69,7
	Superficie totale	116,8	268,7

1 8 civières existantes incluant les circulations
2 Un minimum de 10 m² par civière est requis (10 civières)

Oncologie

		H (m²)	
		Existant	Projeté
1.	**Oncologie**		
1,1	Salle multifonctionnelle	0,0	30,0
1,2	Bureau de médecin	18,7	16,6
1,3	Attente	9,7	14,7
1,4	Toilette du personnel	4,7	4,3
1,5	Coordonatrice	0,0	21,4
1,6	Dépôt	0,0	4,8
1,7	Salle de traitement (incluant civière isolement et poste)	80,0	80,0
1,8	Toilette des usagers	2,3	4,9
1,9	Section civière pédiatrique	0,0	11,1
1,10	Évaluation	0,0	14,8
1,11	Réception	0,0	9,1
1,12	Préparation et expédition	0,0	23,4
1,13	SAS	0,0	8,5
1,14	Hotte d'oncologie	0,0	8,5
	Total partiel des superficies	115,4	252,1
	Cloisons, circulation, conduits (35 %)	inclus	94,0
	Superficie totale	115,4	346,1

Médecine nucléaire

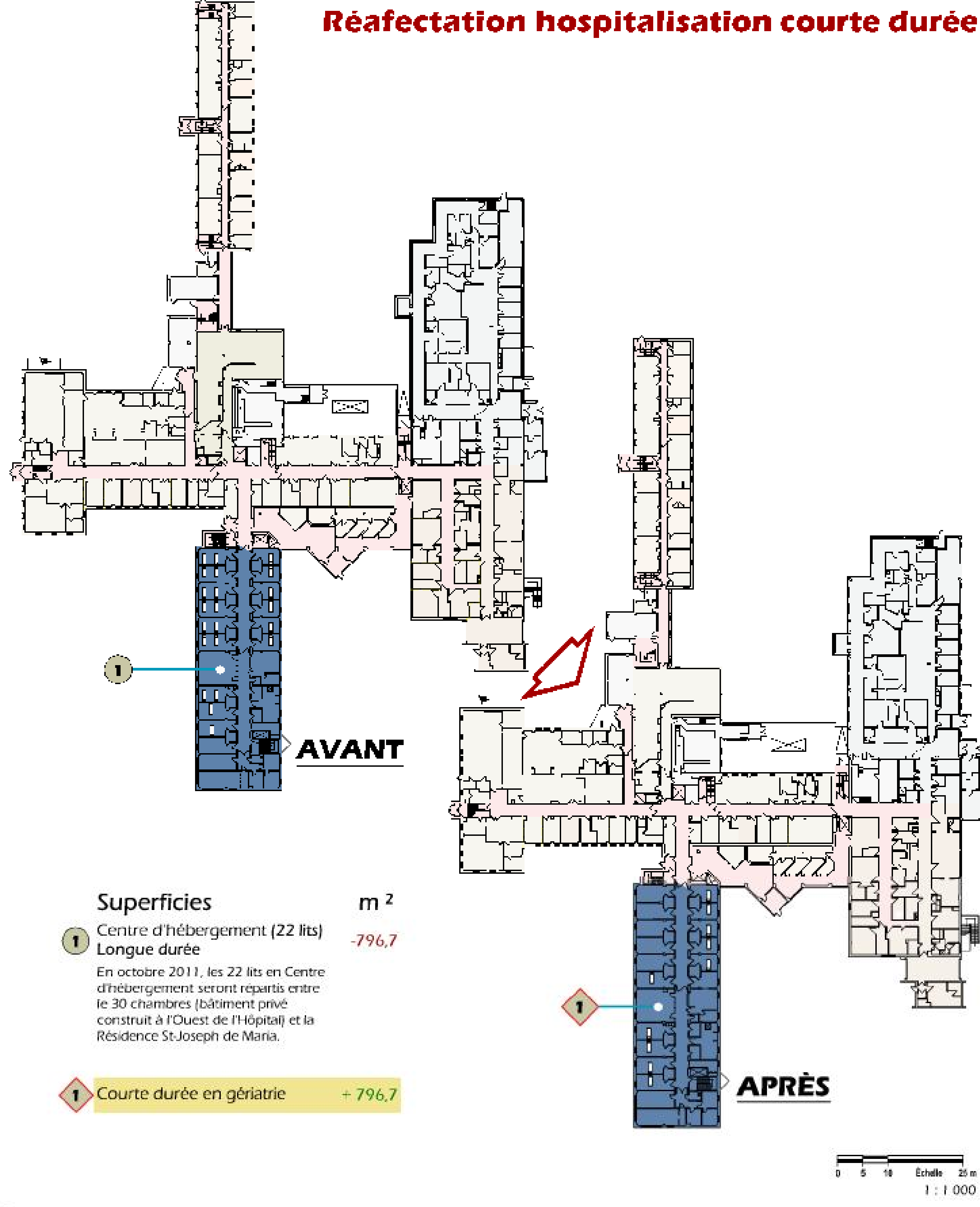
		H (m²) Projeté
1.	**Médecine nucléaire**	
1,1	Salle d'examen	15,0
1,2	Salle d'attente	15,0
1,3	Salle de lecture de radiologie	9,5
1,4	Réception de la médecine nucléaire	3,4
1,5	Caméra 1	22,6
1,6	Salle stérile	10,5
1,7	Vestiaires des patients	5,0
1,8	Dépôt	8,0
1,9	Bureau	11,0
1,10	W.C.	4,7
	Total partiel des superficies	**104,7**
	Cloisons, circulation, conduits (35 %)	36,6
	Superficie totale	**141,3**

Bloc opératoire

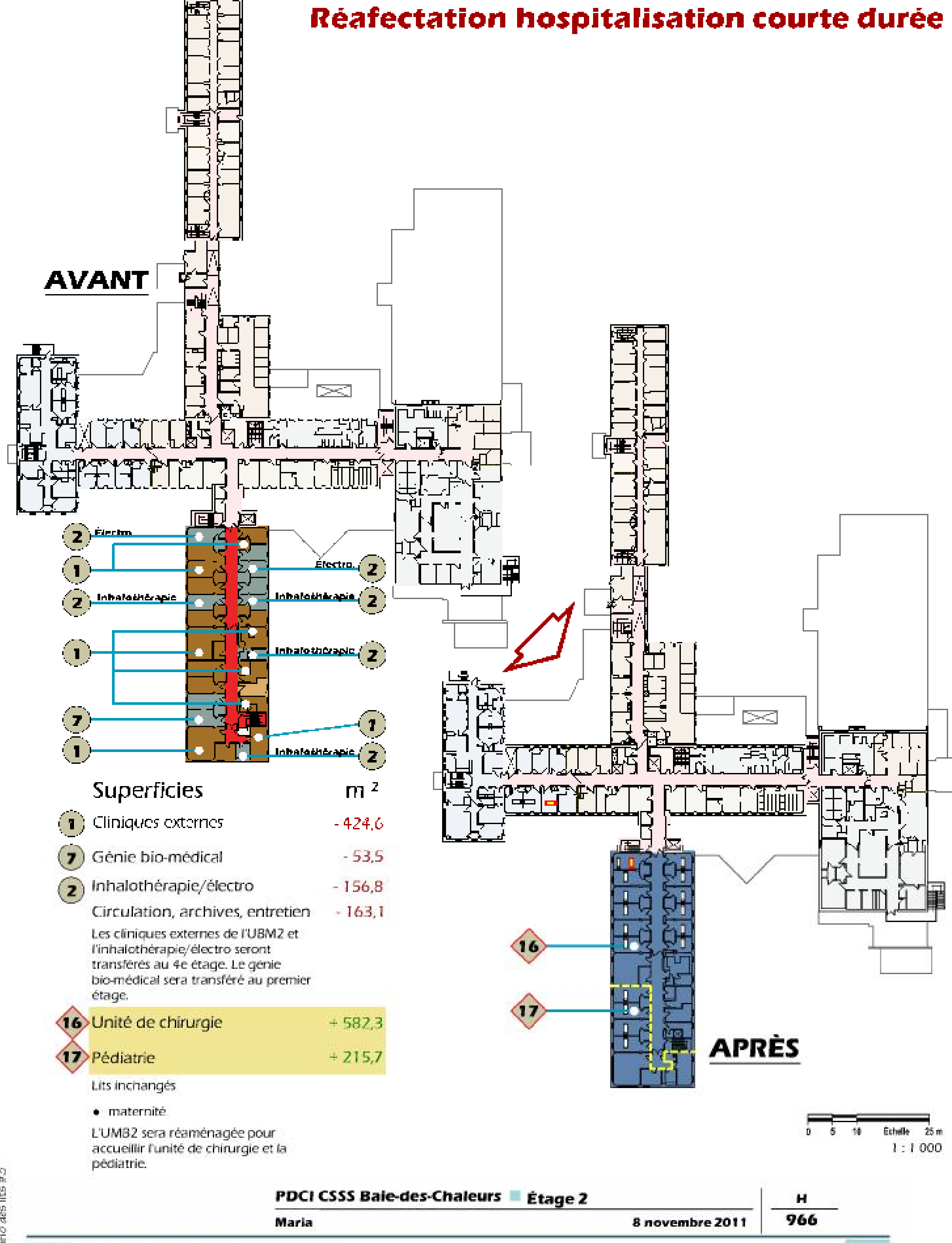
	H (m²) Existant	Projeté
1. Arrivée - Deux côtés		
Salle de transfert	16,4	16,4
Réception et déballage des fournitures	0,0	20,0
Attente des civières	0,0	12,0
Attente	11,8	11,8
Poste de contrôle-secrétariat	14,0	14,0
Bureaux	11,0	22,0
Dépôt	3,4	12,4
Cabines de dictées	3,0	3,0
2. Personnel		
Vestiaires hommes	15,9	15,9
Sanitaires avec douches	inclus	inclus
Vestiaires femmes	16,4	16,4
Sanitaires avec douches	inclus	inclus
Salle de repos	32,6	32,6
3. Bloc chirurgical		
Salle d'opération générale #1	29,5	29,5
Salle d'opération générale #2	0,0	42,0
Scopie #1	32,7	32,7
Scopie #2	0,0	35,0
Petite chirurgie #1	18,4	18,4
Petite chirurgie #2	0,0	25,0
Ophtalmologie et ORL	28,8	28,8
Orthopédie	35,2	35,2
Dépôt orthopédie	19,4	19,4
Télé-pathologie	0,0	12,3
3 aires de brossage	10,5	20,5
4. Salle de réveil		
Salle avec poste de surveillance	54,0	54,0
Utilité propre et pharmacie	0,0	0,0
Utilité souillée	0,0	0,0
5. Locaux de soutien		
Réserve de matériel stérile	12,5	12,5
Réserve fournitures médicales	0,0	10,0
Rangement général	3,4	4,1
Rangement appareil RX	0,0	0,0
Utilité souillée	0,0	0,0
Salle de lavage	4,0	12,0
Local de préparation des plateaux	19,1	19,1
Local d'entretien des appareils	0,0	15,0
Dépôt de l'entretien ménager	1,6	1,6
Total partiel des superficies	393,6	603,6
Cloisons, circulation, conduits	155,0	239,0
Superficie totale	548,6	842,6

4.5. Les plans projetés

Les plans projetés le sont en fonction des étapes logiques du projet. En premier, la réaffectation des lits de courte durée; dessins Lits 1, 2, 3, 4. Ensuite, l'implantation montre la transformation des stationnements et l'agrandissement sur le devant du bâtiment (côté Sud); dessin P1. Les deux dessins suivants (P2 et P3) montrant la distribution des services à la suite de l'agrandissement du bloc M. Le dessin P4 montre le quatrième étage à la fin des travaux. Finalement, le dessin M1 indique les changements liés aux travaux d'agrandissement dans le secteur de la buanderie et de la réception des marchandises.


Réafectation hospitalisation courte durée
1
AVANT
1
APRÈS
Superficies
m 2
1 Centre d'hébergement (22 lits)
Longue durée
-796,7
En octobre 2011, les 22 lits en Centre d'hébergement seront répartis entre le 30 chambres (bâtiment privé construit à l'Ouest de l'Hôpital) et la Résidence St-Joseph de Maria.
1 Courte durée en gériatrie
+ 796,7
0
5
10
Échelle
25 m
1 : 1 000

Réafectation hospitalisation courte durée



Superficies	m 2
1 Cliniques externes	- 424,6
7 Génie bio-médical	- 53,5
2 Inhalothérapie/électro	- 156,8
Circulation, archives, entretien	- 163,1

Les cliniques externes de l'UBM2 et l'inhalothérapie/électro seront transférés au 4e étage. Le génie bio-médical sera transféré au premier étage.

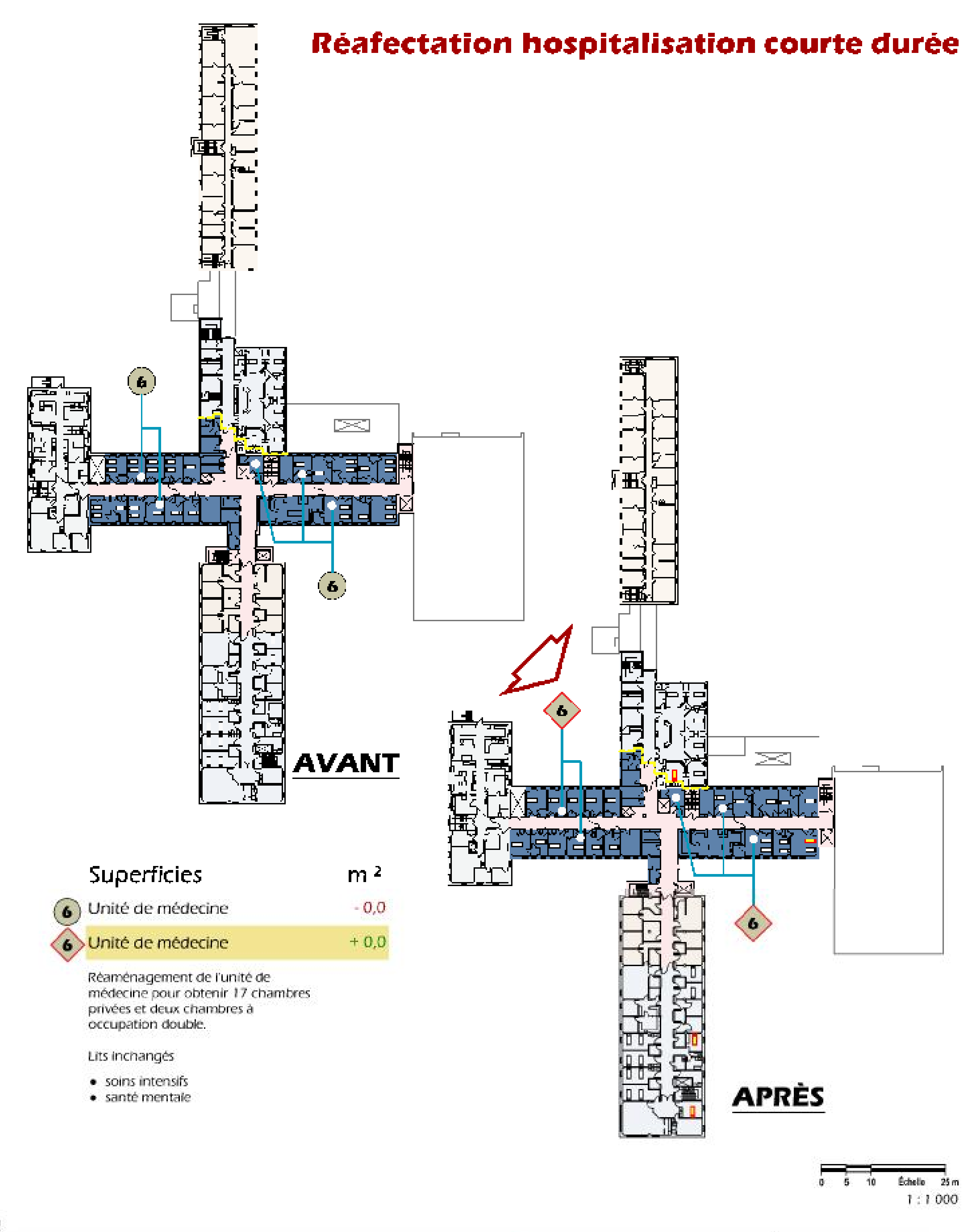
16 Unité de chirurgie	+ 582,3
17 Pédiatrie	+ 215,7

Lits inchangés

- maternité

L'UMB2 sera réaménagée pour accueillir l'unité de chirurgie et la pédiatrie.

Réafectation hospitalisation courte durée



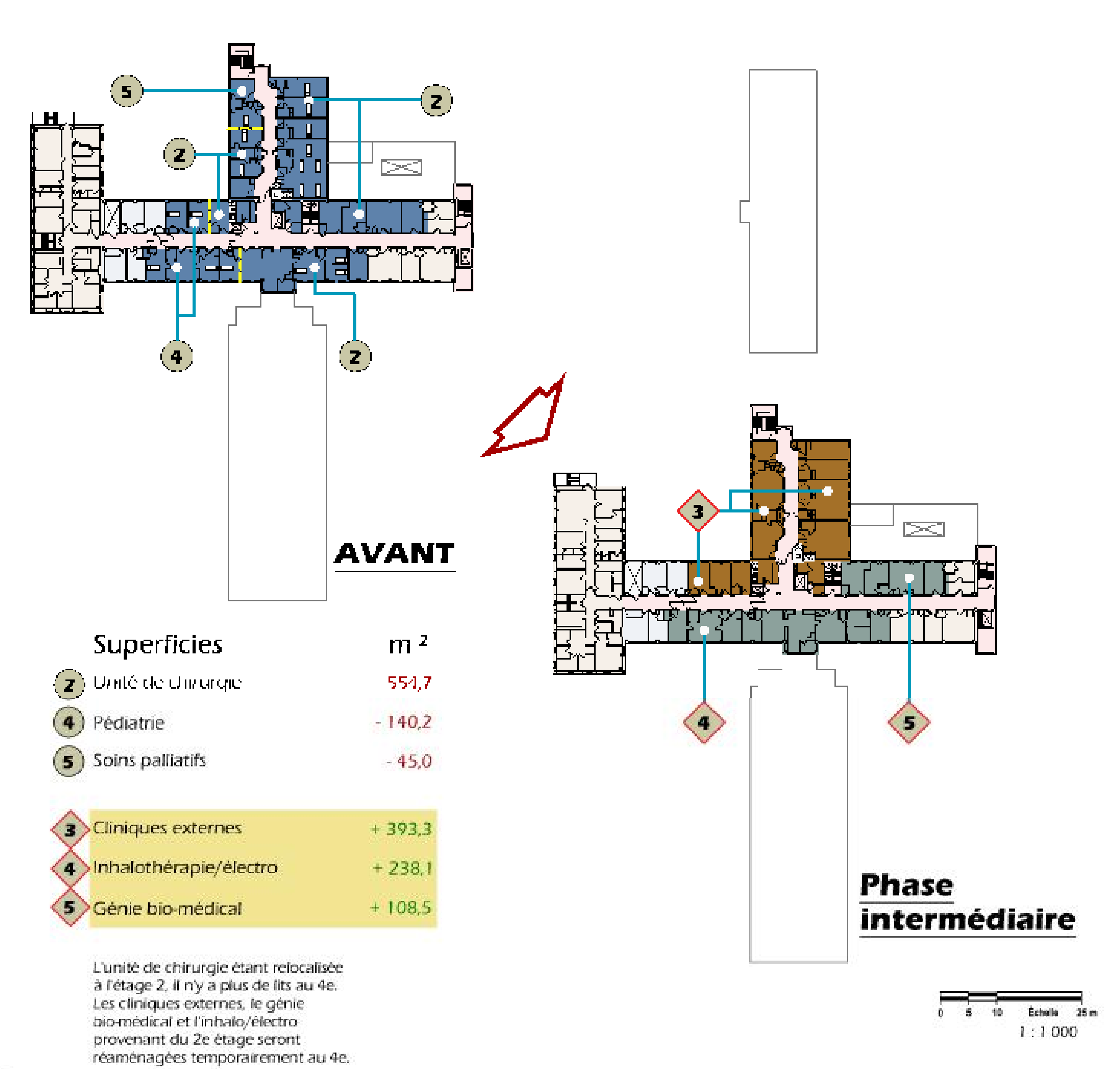
Superficies	m 2
6 Unité de médecine	- 0,0
6 Unité de médecine	+ 0,0

Réaménagement de l'unité de médecine pour obtenir 17 chambres privées et deux chambres à occupation double.

Lits inchangés

- soins intensifs
- santé mentale

Réafectation hospitalisation courte durée



	Superficies	m ²
2	Unité de chirurgie	554,7
4	Pédiatrie	- 140,2
5	Soins palliatifs	- 45,0
3	Cliniques externes	+ 393,3
4	Inhalothérapie/électro	+ 238,1
5	Génie bio-médical	+ 108,5

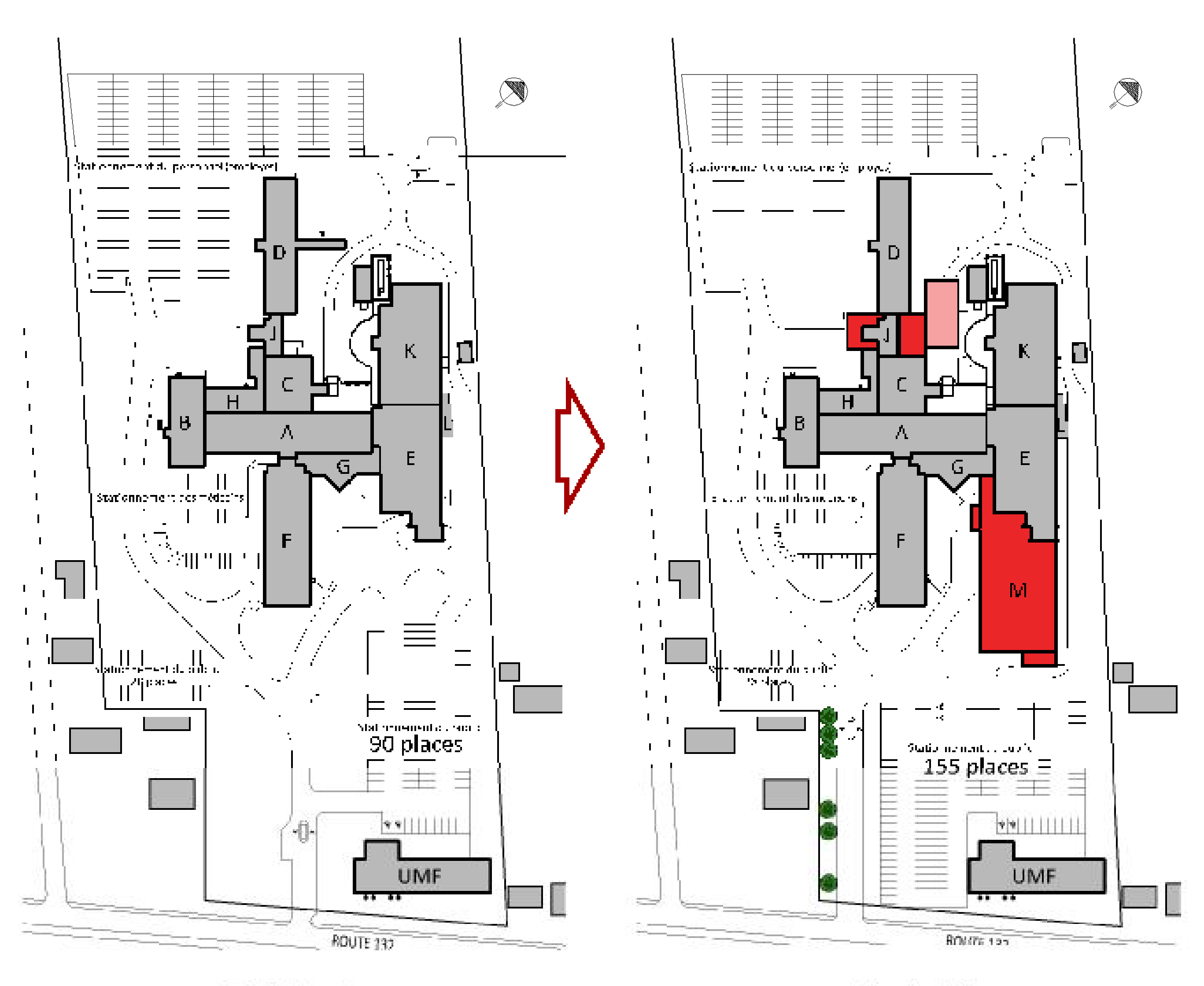
L'unité de chirurgie étant relocalisée à l'étage 2, il n'y a plus de lits au 4e. Les cliniques externes, le génie bio-médical et l'inhalo/électro provenant du 2e étage seront réaménagées temporairement au 4e.

966-Projetés - Plans CHBC - Scénario des lits #5

Terrain	765 490,0 pi²	71 116,3 m²

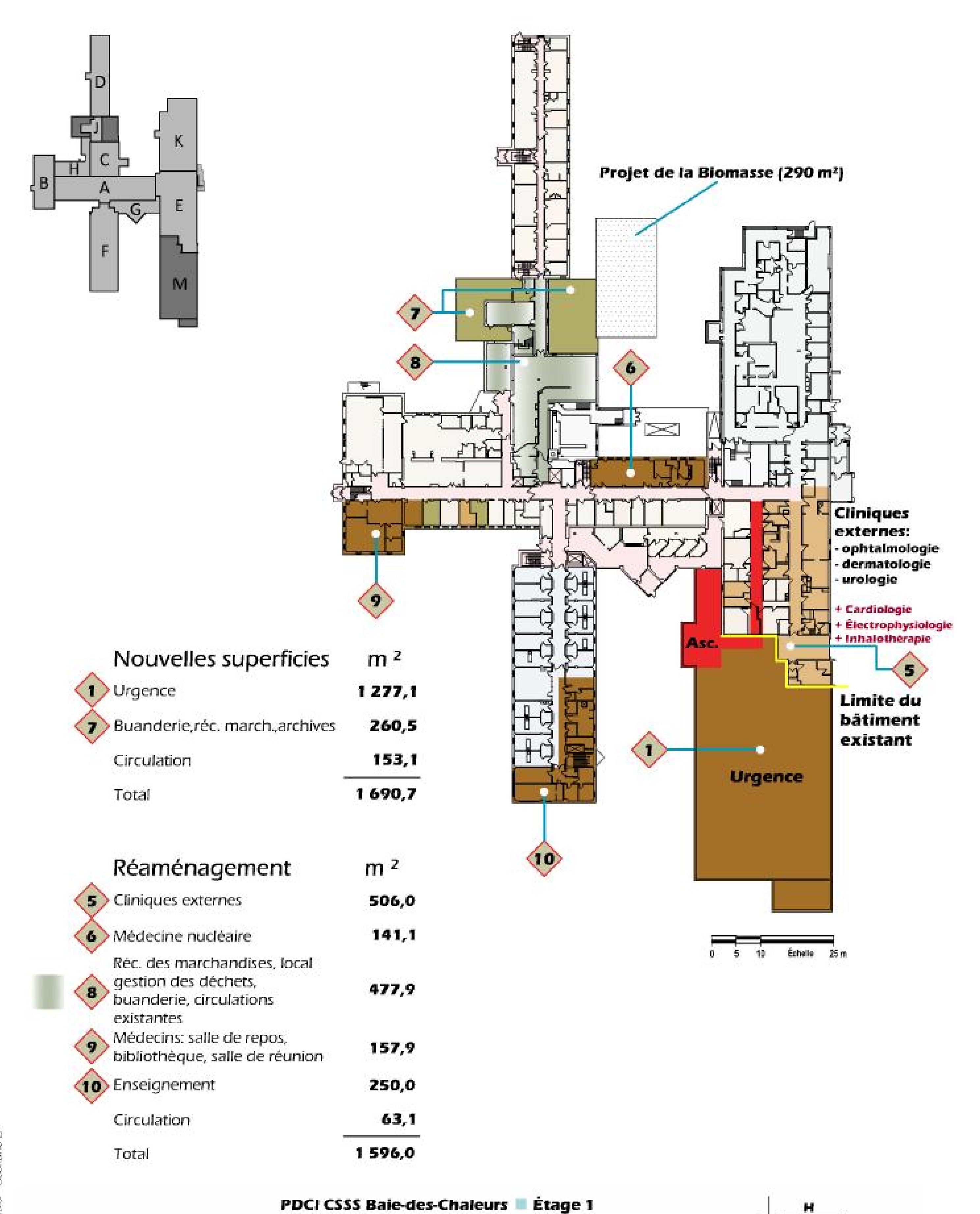
Emprise au sol des bâtiments

H	63 983,0 pi²	5 944,4 m²
UMF	7 157,4 pi²	664,9 m²
Agrandissement	18 198,5 pi²	1 690,7 m²



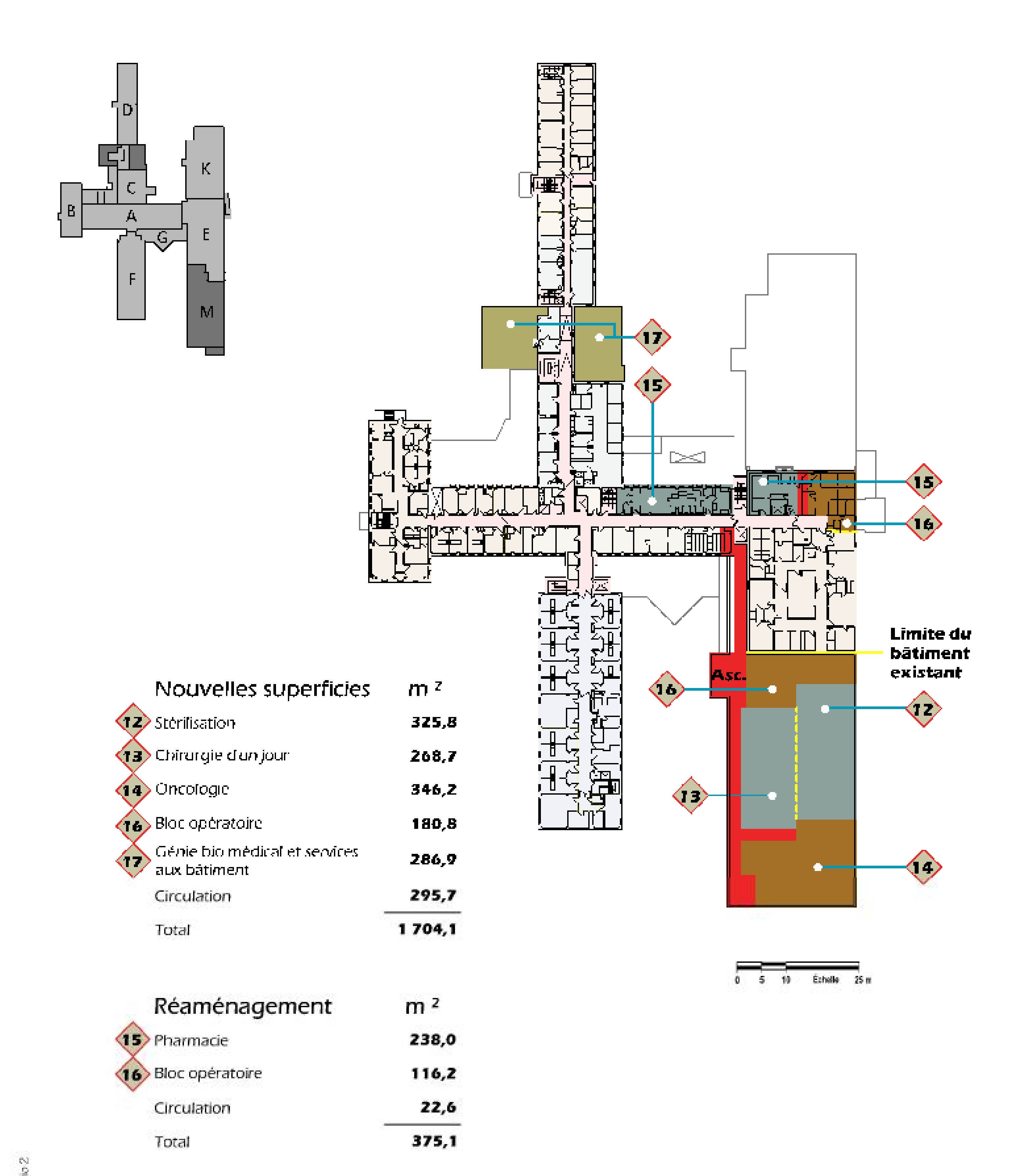
Existant
Échelle: 1" = 200'-0"

Projeté
Échelle: 1" = 200'-0"



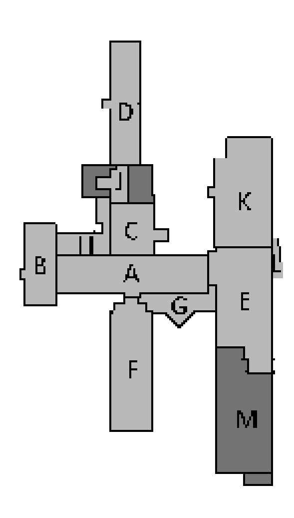
	Nouvelles superficies	m²
1	Urgence	**1 277,1**
7	Buanderie,réc. march.,archives	**260,5**
	Circulation	**153,1**
	Total	**1 690,7**

	Réaménagement	m²
5	Cliniques externes	**506,0**
6	Médecine nucléaire	**141,1**
8	Réc. des marchandises, local gestion des déchets, buanderie, circulations existantes	**477,9**
9	Médecins: salle de repos, bibliothèque, salle de réunion	**157,9**
10	Enseignement	**250,0**
	Circulation	**63,1**
	Total	**1 596,0**



Nouvelles superficies	m²
12 Stérilisation	325,8
13 Chirurgie d'un jour	268,7
14 Oncologie	346,2
16 Bloc opératoire	180,8
17 Génie bio médical et services aux bâtiment	286,9
Circulation	295,7
Total	1 704,1

Réaménagement	m²
15 Pharmacie	238,0
16 Bloc opératoire	116,2
Circulation	22,6
Total	375,1

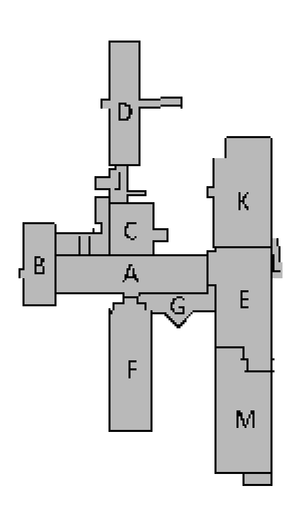


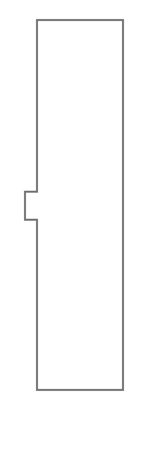
9

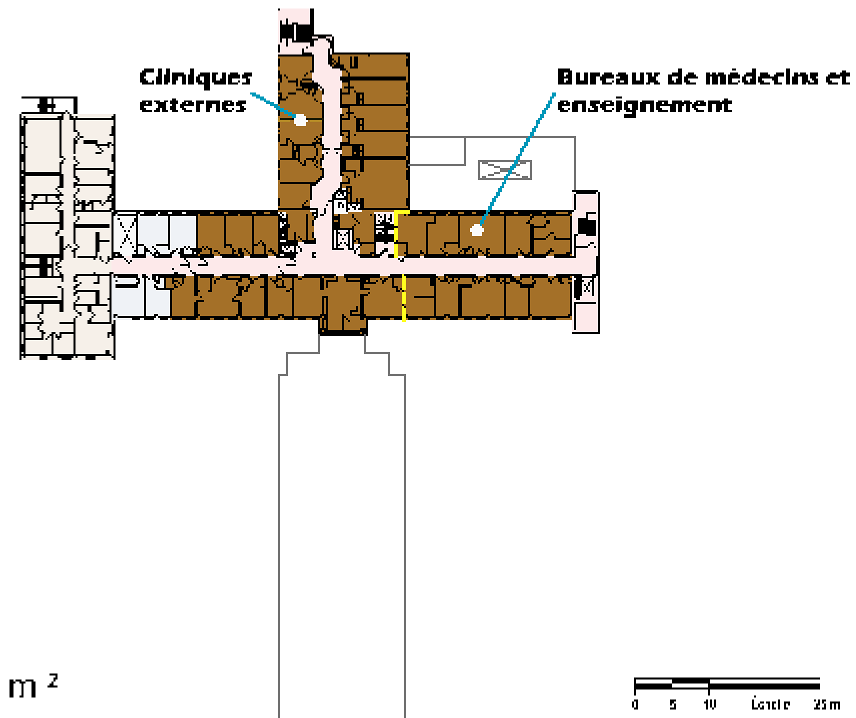
0 5 10 Échelle 25 m
1 : 1 000

Nouvelles superficies

		m ²
9	Administration	570,3
	Total	570,3







Réaménagement	m ²
Cliniques externes	**587,7**
Bureaux de médecins et enseignements	**267,8**

4.6. Les superficies projetées

Secteur de l'Hôpital	Emplacement actuel – Étage	Emplacement actuel – Bâtiment	Emplacement futur – Étage	Emplacement futur – Bâtiment	Superficie (m²) – Actuelle	Superficie (m²) – Future	Superficie (m²) – Différence
1. Services ambulatoires					2 729,0	4 797,6	2 068,6
Endoscopie/Colonoscopie							
1.1 Activités ambulatoires					2 223,5	3 520,5	1 297,0
Médecine de jour	4	H			401,2	401,2	
Cliniques externes	1	H	1	H	186,4	413,9	
	2	H	2	H	760,5	335,9	390,6
			4	H	0,0	587,7	
Santé mentale	3	H			191,3	191,3	
Oncologie	4	H	2	H	115,5	346,2	230,7
Réadaptation physique (physio/ergo)	2	H			427,5	427,5	
Salon et chambre des médecins	1	H	1	H	141,1	157,9	16,8
Bureaux des médecins			4	H	0,0	267,8	267,8
Enseignement			1	H	0,0	250,0	250,0
Médecine nucléaire			1	H	0,0	141,1	141,1
1.2 Urgence					505,5	1 277,1	771,6
Urgence et courte durée	1	H	1	H	505,5	1 277,1	771,6
2. Plateau technique					2 662,9	3 604,3	941,4
2.1 Services diagnostiques et thérapeutiques					2 662,9	3 604,3	941,4
Bloc opératoire	2	H	2	H	545,6	842,6	297,0
Imagerie médicale	1	H			1 114,1	1 114,1	
Pharmacie	2	H	2	H	138,0	238,0	100,0
Génie biomédical	2	H	1	H	94,7	41,0	59,7
			2	H	0,0	113,4	
Laboratoires	3	H			399,0	399,0	
Stérilisation	2	H	2	H	97,8	325,8	228,0
Inhalothérapie/électrophysiologie	2	H	1	H	156,9	261,7	104,8
Chirurgie d'un jour	2	H	2	H	116,8	268,7	151,9
3. Hospitalisation					3 746,8	3 550,1	600,0
3.1 Unité de médecine	3	H			663,1	663,1	
Unité de chirurgie	4	H	2	H	599,8	577,6	-22,2
Unité de soins intensifs	3	H			342,1	342,1	
Unité de pédiatrie	4	H	2	H	140,2	215,7	75,5
	4	H			89,4	89,4	
Maternité/gynécologie/obstétrique	2	H			547,3	547,3	
Santé mentale	3	H			568,2	568,2	
Gériatrie active et ambulatoire			1	H	0,0	546,7	546,7
3.2 Centre Hospitalier de Soins longue durée	1	H			796,7	0,0	
4. Directions et services administratifs					1 284,3	1 894,6	609,8
4.1 Bureaux de la fondation de l'Hôpital	2	H			23,7	0,0	-23,7 **
4.2 Service de la santé et de la sécurité	2	H			48,1	48,1	
4.3 Administration/comptabilité/accueil	1	H			265,8	265,8	
	2	H			72,0	72,5	
	3	H			570,3	570,3	
Bureaux et salles de réunion			3	H	0,0	570,3	570,3
5.5 Archives	1	H	1	H	120,5	220,5	100,0
	2	H	2	H	183,9	147,1	-36,8
5. Services de support et d'hôtellerie					2 032,2	2 064,5	32,3
5.1 Dépôt/entreposage	0	H			481,9	481,9	
	1	H			98,0	98,0	
	2	H			47,5	0,0	-47,5 **
	5	H			46,7	46,7	

** Démolition de la roulotte

5.,2	Coiffure et pastorale	2	H			63,7	63,7	
5.3	Cuisine/cafétéria	1	H			532,2	532,2	
5.4	Vestiaires	1	H			170,6	170,6	
5.6	Entretien sanitaire	1	H			34,2	34,2	
		2	H			11,8	11,8	
5.7	Buanderie	1	H	1	H	284,5	348,7	64,2
5.9	Atelier	1	H	2	H	173,5	189,1	15,6
5.11	Utilités, W.C., salles de bains	2	H			17,7	17,7	
5.14	Boutique	1	H			69,9	69,9	
6.	Vacant					0,0	0,0	0,0
6.1	Locaux vacants							
7.	Mécanique					1 202,2	1 998,5	796,3
7.1	Locaux de mécanique	0	H			597,0	597,0	
		1	H	1	H	352,1	448,4	96,3 *
		2	H			23,4	23,4	
		3	H	3	H	29,4	729,4	700,0
		4	H			31,6	31,6	
		5	H			168,7	168,7	
8.	Location					36,3	36,3	0,0
8.1	Syndicats	1	H			36,3	36,3	0,0
9.	Circulation					2 622,3	2 936,4	314,1
9.1	Circulations au CHBC	0	H			202,4	202,4	
		1	H	1	H	890,0	1 052,2	162,2
		2	H	2	H	729,6	881,5	151,9
		3	H			385,3	385,3	
		4	H			368,2	368,2	
		5	H			46,8	46,8	

	Total	16 316,0	20 882,3	5 362,5 **

Lorsque le chiffre « 0 » apparaît dans la colonne future, c'est que le local a été intégré et/ou déplacé dans un

* Le quai de chargement est inclus dans la mécanique.

** La superficie inclut les m² libérés par le départ du CHSLD à l'UBM 1.

xxx Superficie agrandie

xxx Superficie réduite